جامعة صنعاء
كلية الطب والعلوم الصحية
دائرة العلوم السريرية الطبية
دفعة بصمه طبيب 31
طب بشري

DERMATOLOGY

DERMA Lectures

محاضرات

الأستاذ الدكتور عبد الواسع المخلافي

اللجنة العلمية جروب C دفعة بصمة طبيب 31

© ضياء الحق الصريمي
© منار الدبعي

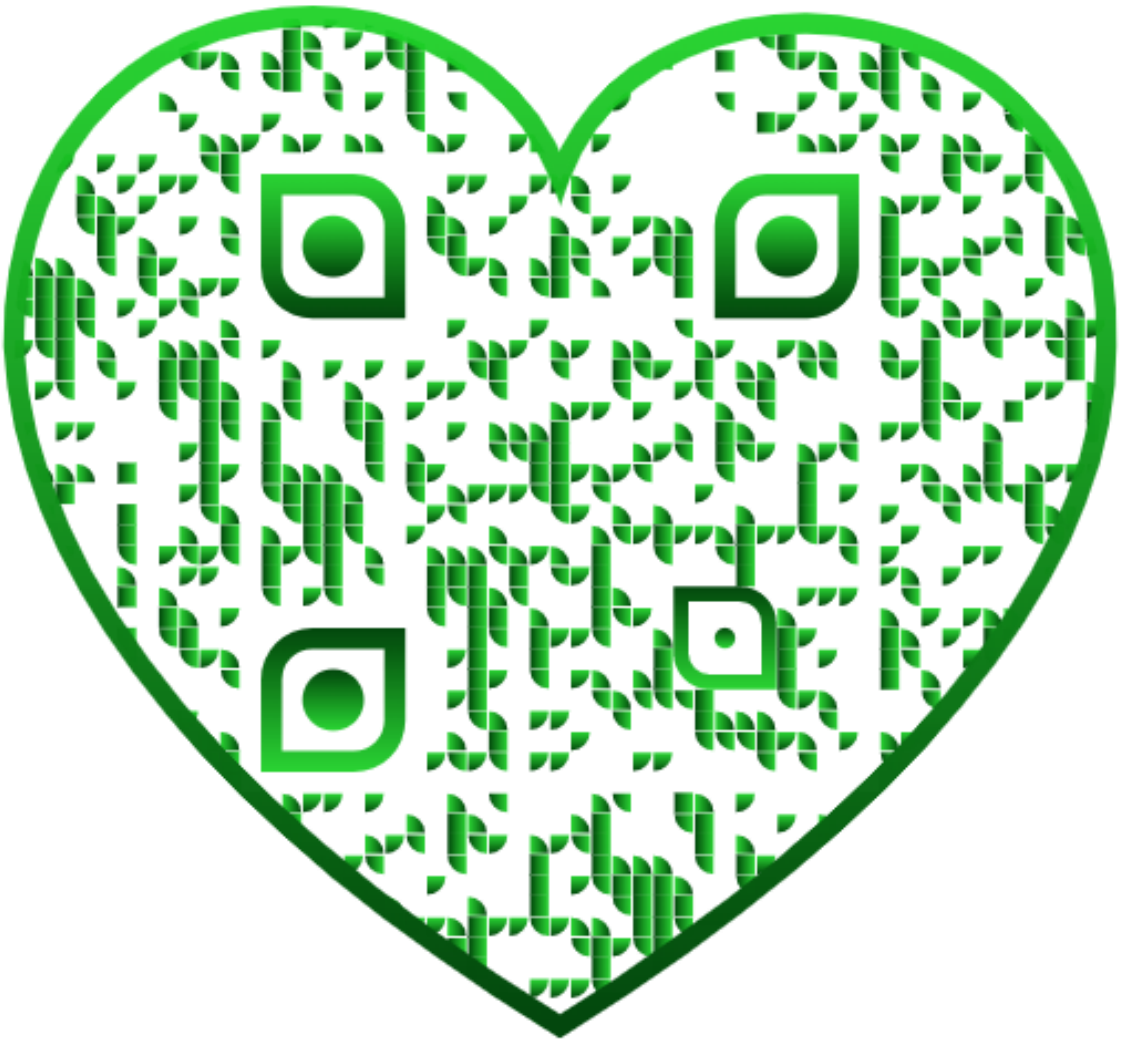
مندوب المجموعه
مسعد الصيادي

مندوب الدفعة
عبد الرحمن العديني

Edited by

© زين العابدين الجمالي
© خلدون المعمري

@MinorScientificGroupC



~ What Is Dermatology

❖ Dermatologic diagnosis

Detailed history taking and examination provide important diagnostic clues in the assessment of skin problems.

❖ Why is dermatology important?

- Skin diseases are very common, affecting up to a third of the population at any one time.
- Skin diseases have serious impacts on life. They can cause physical damage, embarrassment, and social and occupational restrictions.
- Chronic skin diseases may cause financial constraints with repeated sick leave.
- Some skin conditions can be life-threatening

❖ Symptoms

1. Generalised All over the body
2. Widespread Extensive
3. Localised Restricted to one area of skin only
4. Flexural: Body folds i.e. groin, neck, behind ears, popliteal and antecubital fossa
5. Extensor Knees, elbows, shins
6. Pressure areas Sacrum, buttocks, ankles, heels
7. Dermatome An area of skin supplied by a single spinal nerve
8. Photosensitive Affects sun-exposed areas such as face, neck and back of hands
9. Koebner phenomenon A linear eruption arising at site of trauma it is seen in (ps; lichen P; vitiligo; plane wart, molluscum contagiosum.).

❖ Configuration (the pattern or shape of grouped lesions)

1. Discrete: Individual lesions separated from each other
2. Confluent: Lesions merging together
3. Linear: In a line
4. Target: Concentric rings (like a dartboard)
5. Annular :Like a circle or ring
6. Discoid /Nummular :A coin-shaped/round lesion

❖ Colour

1. Erythema: Redness (due to inflammation and vasodilatation) which blanches on pressure
2. Purpura: Red or purple colour (due to bleeding into the skin or mucous membrane) which does not blanch on pressure – petechiae (small pinpoint macules) and ecchymoses (larger bruise-like patches)
3. Hypo- pigmentation: Area(s) of paler skin
4. De- pigmentation: White skin due to absence of melanin
5. Hyper-pigmentation: Darker skin which may be due to various causes (e.g. post-inflammatory)
6. Telengiectasia: Delated dermal vessels

❖ Investigation

1. Skin biopsy
2. Immunofluoresence (direct/indirect)
3. Wood,s light examination
4. Mycology examination (KOH, fungal culture)
5. Bacteriology examination (gram stain, bact. viral Culture,)
6. Mite exam. To identify the burrow
7. Blood and urine tests
8. Dark field
9. Cytology exam. Tzanck smear

❖ Structure of the skin

The skin is composed of 3 layers: epidermis, dermis and subcutaneous tissue.

I. *Epidermis*

- The adult epidermis is composed of 3 basic cell types:
- keratinocytes, melanocytes & Langerhans cells.
- The ***keratinocyte***, or ***squamous cell***, is the principal cell of the epidermis.
- The epidermis is divided into 4 main layers beginning with the innermost layer
  1. Basal layer.
  2. Spinous layer.
  3. Granular layer.
  4. Horny layer.
- ***The melanocyte is the dendritic pigment-producing cell of the epidermis and found in the basal layer.***
- The Langerhans cell is a dendritic cell present in the malpighian layer. Functionally, it is of the monocyte-macrophage lineage and originates in bone marrow. Langerhans cell plays a role in some immunological reactions

II. Dermis

1. The dermis, which is bounded externally by its junction with the epidermis and internally by subcutaneous fat, contributes to 15-20% of the total weight of the human body. It largely consists of a supporting matrix or ground substance and connective tissue formed mainly of collagen and elastin. All of which will decrease with age.
2. The predominant cellular elements in the dermis are fibroblasts. The dermis also contains nerve endings, sweat glands, sebaceous glands, hair follicles , blood vessels and lymphatics. The papillary dermis contains smaller blood vessels which supply oxygen, and nutrients to the lower epidermis.
3. The thicker reticular dermis contains dense connective tissue, larger blood vessels, elastic fibres and bundles of collagen arranged in layers.
4. Also within the reticular layer are the following key cell types:
5. Fibroblasts – a key cell involved in repairing tissue damage
6. Mast cells – which are involved in fighting infection
7. Lymphatic vessels – the lymphatic system is a key part of the body's defence against infection
8. Epidermal appendages
9. Ground substance – a gel-like substance that helps to support the cells within the dermis and provides structure to the area.

~ What Is Dermatology

~ ما هو طب الأمراض الجلدية

Dermatologic diagnosis

التشخيص الجلدي

Detailed history taking and examination provide important diagnostic clues in the assessment of skin problems.

يوفر أخذ التاريخ التفصيلي والفحص أدلة تشخيصية مهمة في تقييم مشاكل الجلد.

Why is dermatology important?

ما أهمية طب الجلد؟

Skin diseases are very common, affecting up to a third of the population at any one time.

أمراض الجلد شائعة جدًا ، حيث تصيب ما يصل إلى ثلث السكان في وقت واحد.

Skin diseases have serious impacts on life. They can cause physical damage, embarrassment, and social and occupational restrictions.

لأمراض الجلد آثار خطيرة على الحياة. يمكن أن تسبب أضرارًا جسدية وإحراجًا وقيودًا اجتماعية ومهنية.

Chronic skin diseases may cause financial constraints with repeated sick leave.

قد تتسبب الأمراض الجلدية المزمنة في قيود مالية مع الإجازات المرضية المتكررة.

Some skin conditions can be life-threatening

قد تكون بعض الأمراض الجلدية مهددة للحياة

Symptoms

الأعراض

1.Generalised All over the body

1. معمم في جميع أنحاء الجسم

2. Widespread Extensive

2. واسعة النطاق

3.Localised Restricted to one area of skin only 4.Flexural: Body folds i.e. groin, neck, behind ears, popliteal and antecubital fossa

3. محصورة في منطقة واحدة فقط من الجلد.

5.Extensor Knees, elbows, shins

5. الركبتين الموسعة والمرفقين والساقين

6.Pressure areas Sacrum, buttocks, ankles, heels 7.Dermatome An area of skin supplied by a single spinal nerve

6- مناطق الضغط: العجز والأرداف والكاحلين والكعب.

8.Photosensitive Affects sun-exposed areas such as face, neck and back of hands

8- حساس للضوء يؤثر على المناطق المعرضة للشمس مثل الوجه والرقبة وظهر اليدين

9.Koebner phenomenon A linear eruption arising at site of trauma it is seen in (ps; lichen P; vitiligo; plane wart, molluscum contagiosum.).

9- ظاهرة كوبنر: اندفاع خطي ينشأ في موقع الصدمة ويظهر في (ps ؛ حزاز P ؛ البهاق ؛ ثؤلول الطائرة ، المليساء المعدية.).

Configuration (the pattern or shape of grouped lesions)

التكوين (نمط أو شكل الآفات المتجمعة)

1.Discrete: Individual lesions separated from each other 2.Confluent: Lesions merging together

1. متقطعة: آفات فردية منفصلة عن بعضها البعض. 2. متقاربة: آفات تندمج معًا

3.Linear: In a line

3. الخطي: في السطر

4.Target: Concentric rings (like a dartboard)

4.الهدف: حلقات متحدة المركز (مثل dartboard)

5.Annular :Like a circle or ring

5.Annular: مثل دائرة أو حلقة

6.Discoid /Nummular :A coin-shaped/round lesion

6.Discoid / Nummular: آفة على شكل عملة معدنية / دائرية

Colour

اللون

1.Erythema: Redness (due to inflammation and vasodilatation) which blanches on pressure

1- الحمامي: احمرار (بسبب الالتهاب وتوسع الأوعية) الذي يضيء عند الضغط

2.Purpura: Red or purple colour (due to bleeding into the skin or mucous membrane) which does not blanch on pressure – petechiae (small pinpoint macules) and ecchymoses (larger bruise-like patches)

2- البربورا: لون أحمر أو أرجواني (بسبب نزيف في الجلد أو الغشاء المخاطي) الذي لا يبيض عند الضغط - نمشات (لطاخات صغيرة دقيقة) وكدمات (بقع أكبر شبيهة بالكدمات)

3.Hypo- pigmentation: Area(s) of paler skin

3- نقص التصبغ: منطقة (مناطق) من الجلد الشاحب

4.De- pigmentation: White skin due to absence of melanin

4.De- تصبغ: الجلد الأبيض بسبب عدم وجود الميلانين

5.Hyper-pigmentation: Darker skin which may be due to various causes (e.g. post-inflammatory)

5- فرط التصبغ: الجلد الغامق الذي قد يكون نتيجة لأسباب مختلفة (مثل ما بعد الالتهاب)

6.Telengiectasia: Delated dermal vessels

6.Telengiectasia: تأخر الأوعية الجلدية

Investigation

التحقيق

1. Skin biopsy

1. خزعة الجلد

2. Immunofluoresence (direct/indirect)

2. التألق المناعي (مباشر / غير مباشر)

3. Wood,s light examination

3. وود ، ضوء الفحص

Mycology examination (KOH, fungal culture)

فحص الفطريات (KOH ، مزرعة فطرية)

Bacteriology examination (gram stain, bact. viral Culture,)

فحص الجراثيم (صبغة غرام ، زرع بكتري فيروسي ،)

Mite exam. To identify the burrow

امتحان القراد. للتعرف على الجحر

Blood and urine tests

تحاليل الدم والبول

Dark field

حقل مظلم

Cytology exam. Tzanck smear

امتحان علم الخلايا. مسحة تزانك

Structure of the skin

بنية الجلد

The skin is composed of 3 layers: epidermis, dermis and subcutaneous tissue.

يتكون الجلد من 3 طبقات: البشرة والأدمة والأنسجة تحت الجلد.

I.Epidermis

أنا البثور

▪ The adult epidermis is composed of 3 basic cell types: ▪ keratinocytes, melanocytes & Langerhans cells.

▪ تتكون البشرة البالغة من 3 أنواع أساسية من الخلايا: ▪ الخلايا الكيراتينية والخلايا الصباغية وخلايا لانجرهانز.

▪ The keratinocyte, or squamous cell, is the principal cell of the epidermis.

▪ الخلية الكيراتينية ، أو الخلية الحرشفية ، هي الخلية الرئيسية للبشرة.

▪ The epidermis is divided into 4 main layers beginning with the innermost layer

▪ تنقسم البشرة إلى 4 طبقات رئيسية تبدأ بالطبقة الأعمق

1.Basal layer.

1. طبقة القاعدية.

2. Spinous layer.

2. الطبقة الشوكية.

3. Granular layer.

3. الطبقة الحبيبية.

4. Horny layer.

4. الطبقة القرنية.

▪ The melanocyte is the dendritic pigment-producing cell of the epidermis and found in the basal layer.

▪ الخلايا الصباغية هي الخلية المنتجة للصبغة المتغصنة في البشرة وتوجد في الطبقة القاعدية.

▪ The Langerhans cell is a dendritic cell present in the malpighian layer. Functionally, it is of the monocyte-macrophage lineage and originates in bone marrow.

▪ خلية لانجرهانز هي خلية شجرية موجودة في الطبقة المالبيجية. من الناحية الوظيفية ، هو من سلالة الوحيدات الضامة وينشأ في نخاع العظام.

Langerhans cell plays a role in some immunological reactions II.Dermis

تلعب خلية لانجرهانز دورًا في بعض التفاعلات المناعية ثانيًا: الأدمة

1.The dermis, which is bounded externally by its junction with the epidermis and internally by subcutaneous fat, contributes to 15-20% of the total weight of the human body. It largely consists of a supporting matrix or ground substance and connective tissue formed mainly of collagen and elastin. All of which will decrease with age.

1- الأدمة ، التي تحدها من الخارج تقاطعها مع البشرة وداخلياً بالدهون تحت الجلد ، تساهم بنسبة 15-20٪ من الوزن الإجمالي لجسم الإنسان. يتكون بشكل كبير من مصفوفة داعمة أو مادة أرضية ونسيج ضام يتكون أساسًا من الكولاجين والإيلاستين. كل ذلك سينخفض مع تقدم العمر.

2.The predominant cellular elements in the dermis are fibroblasts. The dermis also contains nerve endings, sweat glands, sebaceous glands, hair follicles , blood vessels and lymphatics. The papillary dermis contains smaller blood vessels which supply oxygen, and nutrients to the lower epidermis.

2- العناصر الخلوية السائدة في الأدمة هي الأرومات الليفية. تحتوي الأدمة أيضًا على النهايات العصبية والغدد العرقية والغدد الدهنية وبصيلات الشعر والأوعية الدموية والأوعية اللمفاوية. تحتوي الأدمة الحليمية على أوعية دموية أصغر تزود البشرة السفلية بالأكسجين والمواد المغذية.

3.The thicker reticular dermis contains dense connective tissue, larger blood vessels, elastic fibres and bundles of collagen arranged in layers.

3- تحتوي الأدمة الشبكية السميكة على نسيج ضام كثيف وأوعية دموية أكبر وألياف مرنة وحزم من الكولاجين مرتبة في طبقات.

4.Also within the reticular layer are the following key cell types:

4- توجد أيضًا أنواع الخلايا الرئيسية التالية داخل الطبقة الشبكية:

5.Fibroblasts – a key cell involved in repairing tissue damage 6.Mast cells – which are involved in fighting infection

5. الخلايا الليفية - خلية رئيسية تشارك في إصلاح تلف الأنسجة 6. الخلايا البدينة - التي تشارك في مكافحة العدوى

7.Lymphatic vessels – the lymphatic system is a key part of the body’s defence against infection

7- الأوعية اللمفاوية - الجهاز اللمفاوي هو جزء أساسي من دفاع الجسم ضد العدوى

8.Epidermal appendages

8- الزوائد السطحية

9.Ground substance – a gel-like substance that helps to support the cells within the dermis and provides structure to the area.

9- مادة أرضية - مادة شبيهة بالهلام تساعد على دعم الخلايا داخل الأدمة وتوفر بنية للمنطقة.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

III. The dermo-epidermal junction

- The junction of epidermis and dermis is formed by the basement membrane zone which is considered to be a semipermeable filter that permits exchange of cells and fluid between the epidermis and dermis. It further serves as a structural support for the epidermis and holds the epidermis and dermis together.
- The epidermis and dermis interdigitate through downwards projections of the epidermis (rete pegs) and upwards projections of the dermis (papillae).

IV. Subcutaneous tissue

Beneath the dermis lies the subcutaneous tissue which is composed of lobules of fat cells separated by fibrous septa and large blood vessels.

~ Basic skin lesions

❖ Primary lesions

These are the original lesions of the skin diseases.

1. Macule

A circumscribed alteration in the color or texture of the skin less than 1 cm in diameter.

2. Patch

A macule larger than 1 cm in diameter.

3. Papule

A circumscribed palpable elevation less than 0.5 cm in diameter.

4. Nodule

A solid mass in the skin similar to the papule but more than 0.5 cm in diameter.

5. Plaque

An elevated area of skin 2 cm or more in diameter.

6. Vesicle (blister)

A fluid-filled lesion less than 0.5 cm in diameter.

7. Bulla (large blister)

A fluid-filled lesion larger than 0.5 cm in diameter.

8. Pustule

Small elevation of the skin similar to the vesicle but containing purulent material.

9. Abscess

Localised accumulation of pus in the dermis or subcutaneous tissues

10. Wheal (weal).

Evanescent, edematous, elevations of the skin of various sizes. It is the characteristic lesion of urticaria.

11. Comedone :

A plug in a sebaceous follicle containing altered sebum, bacteria and cellular debris; can present as either open (blackheads) or closed (whiteheads)

12. Burrow

A small tunnel in the skin, linear, 'S' shaped, 3-5 mm in length and found in patients with scabies

❖ Secondary lesions

These have developed from modification of primary lesions by regression, or may be caused by external force such as scratching, infection or trauma.

1. **Scales :**Dry or greasy laminated masses of keratin, may be primary in some diseases (e.g. psoriasis) or secondary (e.g. desquamation in scarlet fever).
2. **Crusts :**Consist of dried serum and other exudates.
3. **Erosion:** A loss of epidermis which heals without scarring.
4. **Ulcer**: Complete loss of epidermis and dermis which heals with scarring.
5. **Fissure**: A linear gap or slit in the skin surface.
6. **Scar**: New fibrous tissue which occurs post-wound healing. It may be atrophic (thinning), or hypertrophic (hyperproliferation within wound boundary).
7. **Keloid**: hyperproliferation beyond wound boundary.
8. **Excoriations** (scratch marks): Loss of skin substance caused by scratching with the fingernails to relieve itching.
9. **Lichenification :**A pattern of cutaneous response to repeated rubbing or scratching and characterized clinically by thickened skin, with accentuation of the surface markings.
10. **Atrophy**: thinning of the epidermis, dermis or both

Pathological terms

1. **Hyperplasia**: Increase in the number of cells
2. **Hyperkeratosis**: Thickening of the stratum corneum
3. **Orthokeratosis** : Hyperkeratosis without parakeratosis
4. **Parakeratosis**: retention Flattened keratinocyte nuclei within the stratum corneum
5. **Acanthosis**: Thickened epidermis (increase in keratinocyte population of spinous layer)
6. **Spongiosis**: Intercellular oedema between keratinocytes)
7. **Acantholysis**: the loss of cohesion between epidermal keratinocytes
8. **Dyskeratosis**: Faulty and premature keratinization of individual keratinocytes.
9. **Apoptosis**: Programmed cell death' of individual cells.
10. **Atrophy**: Decreased thickness of the epidermis or dermis or both
11. **Oedema**: Accumulation of interstitial fluid

Skin appendages:

1. **Hair**
2. **Nails**
3. **Sebaceous glands.**
4. **Sweet glands.**

Functions of the skin:

The skin is the interface between the body and the external environment.

1. **Protective:** It is the first line of defense against physical and thermal injury and infectious agents.
2. **Prevention:** of water and electrolyte loss.
3. **Temperature control**: is done by vasodilatation or constriction; and by vaporization of sweat from the skin surface.
4. **mechanical barrier** against invading micro-organisms.
5. **Sensory function** The nerves present in the skin are responsible for the different sensations such as temperature, pain, pressure and touch.
6. **Formation of the vit D** from its precursor under the effect of sun light.
7. **Immunological function** via langerhans cells.

III.The dermo-epidermal junction

III. تقاطع الجلد والبشرة

 The junction of epidermis and dermis is formed by the basement membrane zone which is considered to be a semipermeable filter that permits exchange of cells and fluid between the epidermis and dermis. It further serves as a structural support for the epidermis and holds the

يتكون تقاطع البشرة والأدمة من منطقة الغشاء القاعدي والتي تعتبر مرشحًا شبه نافذ يسمح بتبادل الخلايا والسوائل بين البشرة والأدمة. كما أنه بمثابة دعم هيكلي للبشرة ويحمل

epidermis and dermis together.

البشرة والأدمة معا.

1.Scales :Dry or greasy laminated masses of keratin, may be primary in some diseases (e.g. psoriasis) or secondary (e.g. desquamation in scarlet fever).

1- المقاييس: قد تكون كتل الكيراتين الجافة أو الدهنية أولية في بعض الأمراض (مثل الصدفية) أو ثانوية (مثل التقشر في الحمى القرمزية).

2.Crusts :Consist of dried serum and other exudates.

2-القشور: تتكون من مصل جاف وإفرازات أخرى.

3.Erosion: A loss of epidermis which heals without scarring. 4.Ulcer: Complete loss of epidermis and dermis which heals with scarring.

3-التآكل: فقدان الجلد الذي يشفى دون تندب. 4- القرحة: فقدان كامل للبشرة والأدمة مما يشفى مع التندب.

5.Fissure: A linear gap or slit in the skin surface.

5- الشق: فجوة أو شق طولي في سطح الجلد.

6.Scar: New fibrous tissue which occurs post-wound healing. It may be atrophic (thinning), or hypertrophic (hyperproliferation within wound boundary).

6- الندوب: نسيج ليفي جديد يحدث بعد التئام الجروح. قد يكون ضامرًا (رقيقًا) أو تضخمًا (فرط الانتشار داخل حدود الجرح).

7.Keloid: hyperproliferation beyond wound boundary.

7- الجدرة: فرط الانتشار خارج حدود الجرح.

8.Excoriations (scratch marks): Loss of skin substance caused by scratching with the fingernails to relieve itching.

8- الشفرات (علامات الخدش): فقدان مادة الجلد الناتجة عن حك الأظافر لتخفيف الحكة.

9.Lichenification :A pattern of cutaneous response to repeated rubbing or scratching and characterized clinically by thickened skin, with accentuation of the surface markings.

9- التحزز: نمط من الاستجابة الجلدية للاحتكاك أو الخدش المتكرر ويتميز سريريًا بسمك الجلد مع إبراز العلامات السطحية.

10.Atrophy: thinning of the epidermis, dermis or both

10- الضمور: ترقق البشرة أو الأدمة أو كليهما

The epidermis and dermis interdigitate through downwards projections of the epidermis (rete pegs) and upwards projections of the dermis (papillae).

تتشابك البشرة والأدمة من خلال الإسقاطات السفلية للبشرة (أوتاد الشبكة) وإسقاطات الأدمة الصاعدة (الحليمات).

IV. Subcutaneous tissue

رابعا. الأنسجة تحت الجلد

Beneath the dermis lies the subcutaneous tissue which is composed of lobules of fat cells separated by fibrous septa and large blood vessels.

يوجد تحت الأدمة نسيج تحت الجلد يتكون من فصيصات من الخلايا الدهنية مفصولة بحاجز ليفي وأوعية دموية كبيرة.

~ Basic skin lesions

~ آفات الجلد الأساسية

Pathological terms

الشروط المرضية

Primary lesions

الآفات البدائية

These are the original lesions of the skin diseases.

هذه هي الآفات الأصلية للأمراض الجلدية.

1.Hyperplasia: Increase in the number of cells

1- فرط التنسج: زيادة عدد الخلايا

2.Hyperkeratosis: Thickening of the stratum corneum

2-فرط التقرن: سماكة الطبقة القرنية

3.Orthokeratosis : Hyperkeratosis without parakeratosis 4.Parakeratosis: retention Flattened keratinocyte nuclei within the stratum corneum

3- داء التقرن: فرط التقرن بدون نظير التقرن 4- التقرن: احتباس نوى الخلايا الكيراتينية المسطحة داخل الطبقة القرنية

5.Acanthosis: Thickened epidermis (increase in keratinocyte population of spinous layer)

5-المكنسة: سماكة البشرة (زيادة في عدد الخلايا الكيراتينية للطبقة الشائكة)

6.Spongiosis: Intercellular oedema between keratinocytes) 7.Acantholysis: the loss of cohesion between epidermal keratinocytes

6- داء الإسفنجي: وذمة بين الخلايا بين الخلايا الكيراتينية).

8.Dyskeratosis: Faulty and premature keratinization of

8- خلل التقرن: التقرن الخاطئ والمبكر

individual keratinocytes.

الخلايا الكيراتينية الفردية.

9.Apoptosis: Programmed cell death’ of individual cells. 10.Atrophy: Decreased thickness of the epidermis or dermis or both

9.Apoptosis: موت الخلايا المبرمج للخلايا الفردية. 10- ضمور: قلة سماكة البشرة أو الأدمة أو كليهما

11.Oedema: Accumulation of interstitial fluid

11- الوذمة: تراكم السائل الخلالي

1.Macule

1. المجلة

A circumscribed alteration in the color or texture of the skin less than 1 cm in diameter.

تغير محدود في لون أو ملمس الجلد بقطر أقل من 1 سم.

2.Patch

2. رقعة

A macule larger than 1 cm in diameter.

بقعة أكبر من 1 سم في القطر.

3.Papule

3-الحبيبة

A circumscribed palpable elevation less than 0.5 cm in diameter.

ارتفاع محسوس محدود وقطره أقل من 0.5 سم.

4.Nodule

4 - العقيدات

A solid mass in the skin similar to the papule but more than 0.5 cm in diameter.

كتلة صلبة في الجلد تشبه الحطاطة ولكن قطرها يزيد عن 0.5 سم.

5.Plaque

5. البلك

An elevated area of skin 2 cm or more in diameter.

منطقة مرتفعة من الجلد يبلغ قطرها 2 سم أو أكثر.

6.Vesicle (blister)

6- الحويصلة (نفطة)

A fluid-filled lesion less than 0.5 cm in diameter.

آفة مملوءة بالسوائل قطرها أقل من 0.5 سم.

7.Bulla (large blister)

7- بولا (نفطة كبيرة)

A fluid-filled lesion larger than 0.5 cm in diameter.

آفة مملوءة بسائل يزيد قطرها عن 0.5 سم.

Skin appendages:

الزوائد الجلدية:

8.Pustule

8. البثره

Small elevation of the skin similar to the vesicle but containing purulent material.

ارتفاع بسيط في الجلد يشبه الحويصلة ولكنه يحتوي على مادة قيحية.

1.Hair

1- الشعر

2.Nails

2. المسامير

3.Sebaceous glands.

3- الغدد الدهنية.

4.Sweet glands.

4- الغدد الحلوة.

Functions of the skin:

وظائف الجلد:

9.Abscess

9- الخفاء

Localised accumulation of pus in the dermis or subcutaneous tissues

تراكم القيح الموضعي في الأدمة أو الأنسجة تحت الجلد

10. Wheal (weal).

10. البُرْلَة.

Evanescent, edematous, elevations of the skin of various sizes. It is

زوال ، وذمة ، ارتفاعات للجلد بأحجام مختلفة. إنها

the characteristic lesion of urticaria.

الآفة المميزة للشرى.

The skin is the interface between the body and the external environment.

الجلد هو الواجهة بين الجسم والبيئة الخارجية.

1.Protective: It is the first line of defense against physical and thermal injury and infectious agents.

1- الحماية: هي خط الدفاع الأول ضد الإصابات الجسدية والحرارية والعوامل المعدية.

2.Prevention: of water and electrolyte loss.

2-الوقاية: من فقدان الماء والكهارل.

3.Temperature control: is done by vasodilatation or constriction; and by vaporization of sweat from the skin surface.

3-التحكم في درجة الحرارة: يتم عن طريق توسع الأوعية أو انقباضها. وبتبخير العرق من سطح الجلد.

4.mechanical barrier against invading micro-organisms.

4- حاجز ميكانيكي ضد غزو الكائنات الدقيقة.

5.Sensory function The nerves present in the skin are responsible for the different sensations such as temperature, pain, pressure and touch.

5. الوظيفة الحسية: الأعصاب الموجودة في الجلد مسؤولة عن الأحاسيس المختلفة مثل درجة الحرارة والألم والضغط واللمس.

6.Formation of the vit D from its precursor under the effect of sun light.

6- تكوين الفيتامين D من سلفه تحت تأثير ضوء الشمس.

7.Immunological function via langerhans cells.

7. الوظيفة المناعية عبر خلايا لانجرهانز.

A plug in a sebaceous follicle containing altered sebum, bacteria and

سد في جريب دهني يحتوي على دهون متغيرة وبكتيريا و

cellular debris; can present as either open (blackheads) or closed

الحطام الخلوي؛ يمكن أن تقدم إما مفتوحة (الرؤوس السوداء) أو مغلقة

(whiteheads)

(الرؤوس البيضاء)

12. Burrow

12. الجحر

A small tunnel in the skin, linear, 'S' shaped, 3-5 mm in length and

نفق صغير في الجلد ، خطي ، على شكل حرف "S" ، طوله 3-5 مم و

found in patients with scabies

وجدت في مرضى الجرب

 Secondary lesions

آفات ثانوية

These have developed from modification of primary lesions by regression, or may be caused by external force such as scratching, infection or trauma.

لقد تطورت هذه من تعديل الآفات الأولية عن طريق الانحدار ، أو قد تكون ناجمة عن قوة خارجية مثل الخدش أو العدوى أو الصدمة.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

Functions of normal skin

These include:

1. Protective barrier against environmental insults
2. Temperature regulation
3. Sensation
4. Vitamin D synthesis
5. Immunosurveillance
6. Appearance/cosmesis

Practical advice on topical treatments

1. Emollients/moisturisers and complete emollient therapy Emollients are a key element in controlling and managing dry skin conditions. These products may be prescribed alone or be used as an adjuvant to other topical treatments such as topical steroids.
2. Causes of dry skin include:
   a) Environmental factors (dry air, exposure to wind);
   b) Reduction in production of sebum (usually in old age);
   c) Under active thyroid;
   d) Inherited factors;
   e) Skin conditions (eczema, psoriasis).
3. Complete emollient therapyThis is the term given to a regime which includes soap substitutes, bath oil and moisturiser.
4. Soap substitutes – soap can have a drying effect on the skin so should be avoided in dry skin conditions. Soap substitutes, when applied prior to contact with water, help prevent stinging and act as a moisturiser.
5. Bath additives – help to moisturise the skin while bathing. Some contain antipruritic and antistaphylococcal agents. These should only be used if indicated and for the prescribed period (usually 4–6 weeks). Patients should be advised not to purchase bath oils containing fragrance as it is a known sensitiser.
6. *Advise the patient that bath additives can make the bath slippery.*
7. Moisturisers Come as lotion, cream, gels, ointment and spray canisters.
8. Lotions Are used for scalps or other hairy areas and for mild dryness on the face, trunk and limbs.
9. CreamsCream -based products are the most commonly used moisturisers for dry skin conditions as they can be applied to the entire body, are cosmetically acceptable and have cooling properties.
10. Gels Similar to creams.
11. Ointments Are prescribed for drier, thicker, more scaly areas, but patients may find them too greasy.
12. Spray canisters Quick to use.
13. Application Patients should be advised to apply moisturiser directly to the skin in a downward motion in the direction of hair growth. This will reduce the risk of blocking the hair follicles (folliculitis).
14. Moisturiser should be applied at least twice daily.
15. It is important to prescribe the right amount of moisturiser. Prescribe 250g per week for a child under 10 years, and 600g for adults and children over 10 years.
16. It is important to advise the patient, parent or carer not to stop complete emollient therapy once the condition is controlled as this will help to prevent future exacerbations.

Topical steroid therapy

- Topical steroids are extremely useful in inflammatory skin conditions such as eczema. In the UK, they are divided into four groups according to their potency.
- Group Strength
- Weak = to hydrocortisone
- Moderately potent 2.5 times stronger
- Potent 10 times stronger
- Very potent 50 times stronger
- There are large numbers to choose from, but it is best to become familiar with a few, perhaps one or two from each group.
- The steroid ladder (opposite) identifies some of the steroids available and their potency. It also demonstrates the importance of titration of topical steroids: if the patient has been treated with a potent steroid and is improving, it is important to gradually reduce the potency, not discontinue treatment, to avoid a flare up of the condition.
- As a general rule, use the weakest possible steroid that is effective. For the face, 1% hydrocortisone or equivalent (weak) should be prescribed. Start with this elsewhere and only prescribe something stronger if this does not work. In general practice, it is rarely necessary to use anything stronger than a moderately potent steroid for extensive eczema. For localised persistent eczema, a potent steroid can be useful. Very potent steroids should rarely be used.
- 15g of ointment or cream is enough to cover the adult body once. To cover the whole body for a week if applied twice daily will require 200g. If a patient has widespread eczema, adequate amounts of topical steroid should be prescribed to avoid relapse. A useful guide to using the correct amount of topical steroid is the finger-tip unit guide, which is the amount of cream/ointment squeezed onto the index finger from tip to the first joint. This amount will cover the area of two palms.
- The potency of a steroid can be enhanced by the base used: for example, an ointment base makes a steroid more potent than a cream or lotion. Additionally, the ability of a topical steroid to be absorbed varies according to the site and the condition of the skin.
- It is important to prescribe complete emollient therapy along with topical steroid therapy as this will help to reduce inflammation and dryness.
- Caution
- Topical steroids are contraindicated in some skin conditions, including: acne; rosacea; bacterial infections; infestation; leg ulcers; and viral infections.

Functions of normal skin

وظائف الجلد الطبيعي

These include:

وتشمل هذه:

1.Protective barrier against environmental insults 2.Temperature regulation

1. حاجز وقائي ضد الإهانات البيئية 2. تنظيم درجة الحرارة

3.Sensation

3. الإحساس

4.Vitamin D synthesis

4- تركيب فيتامين د

5.Immunosurveillance

5- الترصد المناعي

6.Appearance/cosmesis

6. المظهر / التجميل

Practical advice on topical treatments

نصائح عملية حول العلاجات الموضعية

1.Emollients/moisturisers and complete emollient therapy Emollients are a key element in controlling and managing dry skin conditions. These products may be prescribed alone or be used as an adjuvant to other topical treatments such as topical steroids.

1- المرطبات / المرطبات وعلاج المطريات الكامل هي عنصر أساسي في السيطرة على حالات البشرة الجافة وإدارتها. يمكن وصف هذه المنتجات بمفردها أو استخدامها كمساعد للعلاجات الموضعية الأخرى مثل الستيرويدات الموضعية.

2.Causes of dry skin include:

2- تشمل أسباب جفاف الجلد ما يلي:

a)Environmental factors (dry air, exposure to wind); b)Reduction in production of sebum (usually in old age); c)Under active thyroid;

أ) العوامل البيئية (الهواء الجاف ، التعرض للرياح) ؛ ب) انخفاض في إنتاج الزهم (عادة في الشيخوخة) ؛ ج) تحت نشاط الغدة الدرقية.

d)Inherited factors;

د) العوامل الموروثة.

e)Skin conditions (eczema, psoriasis).

هـ) الأمراض الجلدية (الإكزيما ، الصدفية).

3.Complete emollient therapyThis is the term given to a regime which includes soap substitutes, bath oil and moisturiser.

3- العلاج الكامل بالمطريات: هذا هو المصطلح الذي يطلق على النظام الذي يشمل بدائل الصابون وزيت الاستحمام والمرطب.

4.Soap substitutes – soap can have a drying effect on the skin so should be avoided in dry skin conditions. Soap substitutes, when applied prior to contact with water, help prevent stinging and act as a moisturiser.

4- بدائل الصابون - يمكن أن يكون للصابون تأثير تجفيف للجلد لذلك يجب تجنبه في حالات البشرة الجافة. تساعد بدائل الصابون ، عند وضعها قبل ملامستها للماء ، على منع اللسع وتعمل كمرطب.

5.Bath additives – help to moisturise the skin while bathing.

5- إضافات للحمام - تساعد على ترطيب البشرة أثناء الاستحمام.

Some contain antipruritic and antistaphylococcal agents.

يحتوي بعضها على عوامل مضادة للحكة ومضادة للمكورات العنقودية.

These should only be used if indicated and for the prescribed period (usually 4–6 weeks). Patients should be advised not to purchase bath oils containing fragrance as it is a known sensitiser.

يجب استخدام هذه الأدوية فقط إذا تم تحديدها وللمدة المحددة (عادة من 4 إلى 6 أسابيع). يجب نصح المرضى بعدم شراء زيوت الاستحمام التي تحتوي على رائحة لأنها مادة حساسة معروفة.

6.Advise the patient that bath additives can make the bath

6. نصح المريض بأن إضافات الحمام يمكن أن تجعل الحمام

slippery.

زلق.

7.Moisturisers Come as lotion, cream, gels, ointment and spray canisters.

7- تأتي المرطبات على شكل غسول ، كريم ، جل ، مرهم وعبوات رذاذ.

8.Lotions Are used for scalps or other hairy areas and for mild dryness on the face, trunk and limbs.

8- تستخدم المستحضر لفروة الرأس أو مناطق الشعر الأخرى ولجفاف الوجه والجذع والأطراف.

9.CreamsCream -based products are the most commonly used moisturisers for dry skin conditions as they can be applied to the entire body, are cosmetically acceptable and have cooling properties.

9- الكريمات التي تحتوي على الكريمات هي أكثر المرطبات استخدامًا لحالات البشرة الجافة حيث يمكن وضعها على الجسم بالكامل ، وهي مقبولة من الناحية التجميلية ولها خصائص تبريد.

10.Gels Similar to creams.

10- جل شبيه بالكريمات.

11.Ointments Are prescribed for drier, thicker, more scaly areas, but patients may find them too greasy.

11- المراهم توصف للمناطق الأكثر جفافاً ، والأسمك ، والقشور ، ولكن المرضى قد يجدونها دهنية أكثر من اللازم.

12.Spray canisters Quick to use.

12- عبوات رش سريعة الاستخدام.

13.Application Patients should be advised to apply moisturiser directly to the skin in a downward motion in the direction of hair growth. This will reduce the risk of blocking the hair follicles (folliculitis).

13- التطبيق يجب نصح المرضى بوضع المرطب مباشرة على الجلد بحركة نزولية في اتجاه نمو الشعر. سيقلل ذلك من خطر انسداد بصيلات الشعر (التهاب الجريبات).

14.Moisturiser should be applied at least twice daily.

14- يجب استخدام المرطب مرتين على الأقل يوميًا.

15.It is important to prescribe the right amount of moisturiser.

15- من المهم وصف الكمية المناسبة من المرطب.

Prescribe 250g per week for a child under 10 years, and 600g for adults and children over 10 years.

وصف 250 جرامًا في الأسبوع لطفل أقل من 10 سنوات و 600 جرامًا للبالغين والأطفال فوق 10 سنوات.

16.It is important to advise the patient, parent or carer not to stop complete emollient therapy once the condition is controlled as this will help to prevent future exacerbations.

16.من المهم نصح المريض أو الوالد أو مقدم الرعاية بعدم التوقف عن العلاج بالمطريات بالكامل بمجرد السيطرة على الحالة لأن هذا سيساعد على منع التفاقم في المستقبل.

Topical steroid therapy

العلاج بالستيرويد الموضعي

▪Topical steroids are extremely useful in inflammatory skin conditions such as eczema. In the UK, they are divided into four groups according to their potency.

▪ الستيرويدات الموضعية مفيدة للغاية في حالات التهاب الجلد مثل الأكزيما. في المملكة المتحدة ، يتم تقسيمهم إلى أربع مجموعات وفقًا لقوتهم.

▪Group Strength

▪ قوة المجموعة

▪Weak = to hydrocortisone

▪ ضعيف = هيدروكورتيزون

▪Moderately potent 2.5 times stronger

▪ قوي بشكل معتدل 2.5 مرة

▪Potent 10 times stronger

▪ أقوى 10 مرات

▪Very potent

▪ قوي جدا

50 times stronger ▪There are large numbers to choose from, but it is best to become familiar with a few, perhaps one or two from each group.

أقوى 50 مرة ▪ هناك أعداد كبيرة للاختيار من بينها ، ولكن من الأفضل التعرف على عدد قليل ، ربما واحد أو اثنين من كل مجموعة.

▪The steroid ladder (opposite) identifies some of the steroids available and their potency. It also demonstrates the importance of titration of topical steroids: if the patient has been treated with a potent steroid and is improving, it is important to gradually reduce the potency, not discontinue treatment, to avoid a flare up of the condition.

▪ سلم الستيرويد (المقابل) يحدد بعض المنشطات المتاحة وفاعليتها. كما يوضح أهمية معايرة المنشطات الموضعية: إذا كان المريض قد عولج بستيرويد قوي وكان يتحسن ، فمن المهم تقليل الفاعلية تدريجياً ، وليس التوقف عن العلاج ، لتجنب اشتعال الحالة.

▪As a general rule, use the weakest possible steroid that is effective. For the face, 1% hydrocortisone or equivalent (weak) should be prescribed. Start with this elsewhere and only prescribe something stronger if this does not work. In general practice, it is rarely necessary to use anything stronger than a moderately potent steroid for extensive eczema. For localised persistent eczema, a potent steroid can be useful. Very potent steroids should rarely be used.

▪ كقاعدة عامة ، استخدم أضعف ستيرويد فعال. للوجه يجب وصف 1٪ هيدروكورتيزون أو ما يعادله (ضعيف). ابدأ بهذا في مكان آخر ووصف شيئًا أقوى فقط إذا لم ينجح ذلك. في الممارسة العامة ، نادرًا ما يكون من الضروري استخدام أي شيء أقوى من الستيرويد القوي بشكل معتدل للإكزيما الشديدة. بالنسبة للأكزيما المستمرة الموضعية ، يمكن أن يكون الستيرويد القوي مفيدًا. نادرا ما تستخدم المنشطات القوية جدا.

▪15g of ointment or cream is enough to cover the adult body once. To cover the whole body for a week if applied twice daily will require 200g. If a patient has widespread eczema, adequate amounts of topical steroid should be prescribed to avoid relapse. A useful guide to using the correct amount of topical steroid is the finger-tip unit guide, which is the amount of cream/ointment squeezed onto the index finger from tip to the first joint. This amount will cover the area of two palms.

▪ 15 جرام من المرهم أو الكريم تكفي لتغطية جسم الشخص البالغ مرة واحدة. لتغطية الجسم بالكامل لمدة أسبوع إذا تم تطبيقه مرتين يوميًا سيتطلب 200 جرام. إذا كان المريض مصابًا بالأكزيما على نطاق واسع ، فيجب وصف كميات كافية من الستيرويد الموضعي لتجنب الانتكاس. دليل مفيد لاستخدام الكمية الصحيحة من الستيرويد الموضعي هو دليل وحدة طرف الإصبع ، وهو مقدار الكريم / المرهم الذي يتم ضغطه على السبابة من الطرف إلى المفصل الأول. سيغطي هذا المبلغ مساحة اثنين من النخيل.

▪The potency of a steroid can be enhanced by the base used: for example, an ointment base makes a steroid more potent than a cream or lotion. Additionally, the ability of a topical steroid to be absorbed varies according to the site and the condition of the skin.

▪ يمكن تعزيز فعالية الستيرويد من خلال القاعدة المستخدمة: على سبيل المثال ، تجعل قاعدة المرهم الستيرويد أكثر فعالية من الكريم أو المستحضر. بالإضافة إلى ذلك ، تختلف قدرة الستيرويد الموضعي على الامتصاص حسب الموقع وحالة الجلد.

▪It is important to prescribe complete emollient therapy along with topical steroid therapy as this will help to reduce inflammation and dryness.

▪ من المهم وصف علاج كامل بالمطريات جنبًا إلى جنب مع العلاج بالستيرويد الموضعي لأن ذلك سيساعد على تقليل الالتهاب والجفاف.

▪Caution

▪حذر

▪Topical steroids are contraindicated in some skin conditions, including: acne; rosacea; bacterial infections; infestation; leg ulcers; and viral infections.

▪ الستيرويدات الموضعية ممنوعة في بعض الحالات الجلدية ، بما في ذلك: حب الشباب. العُدّ الوردي؛ الالتهابات البكتيرية؛ الإصابة. تقرحات الساق والالتهابات الفيروسية.

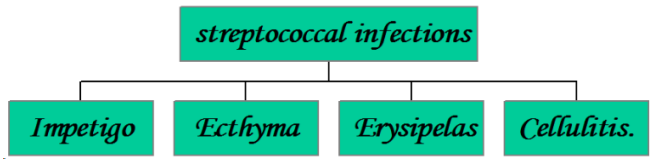
@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

~ BACTERIAL INFECTIONS

Definition:

- Pyogenic skin infection is a group of bacterial infections caused by strept or staph or both organisms.
- The surface of skin and hair follicles of normal healthy individuals are colonized many harmless microorganisms living as commensals which protect the skin from bacterial infections through bacterial interference.



The role of normal skin flora

- Defense against bacterial infection through bacterial interference (most important function)
- Production of free fatty acids from skin lipids (P.acnes and G + cocci are capable of hydrolysing lipids of sebum to produce free fatty acids).
- Apocrine sweet is sterile and odorless when secreted. The odor comes from bacterial action.

Skin defence against infection

1. Acidic PH
2. Relative dryness
3. Desquamation
4. Sweating
5. Bacterial interference

Impetigo

- Impetigo is a contagious superficial pyogenic infection of the skin caused by staphylococci and streptococci.
- It is more common in children and occurs mostly during summer.
- Two main clinical forms are recognized:
    1. Non-bullous impetigo, may be caused by staphylococci, streptococci, or both organisms together.
    2. Bullous impetigo, usually caused by Staphylococcus aureus.
- Predisposing factors: insect bites, pediculosis, scabies and minor trauma.

1. Non-bullous impetigo

- The initial lesion is a very thin walled vesicle, on an erythematous base. The vesicle ruptures so rapidly that it seldom seen as such. The exuding serum dries to form yellowish brown crust. Gradual peripheral extension occurs without central healing, and multiple lesions may coalesce. The crusts eventually dry and separate to leave erythema, which fades without scarring.
- Spread of the lesions to other parts of the body occurs by fingers or towels.
- The face, especially around the nose and mouth, hands, neck and extremities are sites most commonly affected.
- Involvement of the mucous membranes is rare.
- Tendency to spontaneous cure occurs within 2-3 weeks but prolonged course is common.
- In severe cases, there may be regional adenitis with fever and other constitutional symptoms.
- Impetigo of the scalp is a frequent complication of pediculosis capitis.

2. Bullous impetigo

- The bullae are few in number, less rapidly ruptured, much larger and may persist for 2 to 3 days occur anywhere on the body.
- Contents are first clear then cloudy then have the same course as non bullous impetigo.

3. Circinate impetigo

Complications

1. **Acute glomerulonephritis** may occur as a complication of group A beta-hemolytic streptococcal skin infection.
2. **Spread of infection** to the same patient and to others,

N.B : **Rheumatic fever** is not a complication of streptococcal impetigo

Treatment

1. Control of predisposing factors e.g. insect bites, pediculosis, scabies and minor trauma.
2. Topical antibiotics such as fusidic acid and bacitracin are used alone in mild and localized infections.
3. Systemic antibiotics such as flucloxacillin or erythromycin are indicated in widespread or severe infections.

Ecthyma

- IT is a pyogenic infection of the skin caused by staphylococci and streptococci.
- It is characterized by the formation of adherent crusts beneath which ulceration occurs.
- In Europe, most cases occur in children, but in tropics it may occur at any age.
- Clinically small bullae or pustules on an erythematous base is soon surmounted by a hard crust of dried exudate which increases in size by peripheral rim accretion.
- The crust is removed with difficulty to reveal a purulent irregular ulcer.
- Healing occurs after few weeks with scarring.
- The lesions are usually few in number and the buttocks, thighs, and legs are most commonly affected.

Treatment

Topical and systemic treatment as for impetigo.

~ BACTERIAL INFECTIONS

~ الالتهابات البكتيرية

Definition:

تعريف:

 Pyogenic skin infection is a group of bacterial infections caused by strept or staph or both organisms.

عدوى الجلد القيحية هي مجموعة من الالتهابات البكتيرية التي تسببها العقديات أو العنقوديات أو كلاهما.

 The surface of skin and hair follicles of normal healthy individuals are colonized many harmless microorganisms living as commensals which protect the skin from bacterial infections through bacterial interference.

إن سطح الجلد وبصيلات الشعر لدى الأفراد الأصحاء الطبيعيين مستعمر العديد من الكائنات الحية الدقيقة غير الضارة التي تعيش كتعويضات تحمي الجلد من الالتهابات البكتيرية من خلال التداخل البكتيري.

The face, especially around the nose and mouth, hands, neck and extremities are sites most commonly affected.

الوجه ، وخاصة حول الأنف والفم واليدين والعنق والأطراف هي المواقع الأكثر إصابة.

Involvement of the mucous membranes is rare.

من النادر إصابة الأغشية المخاطية.

Tendency to spontaneous cure occurs within 2-3 weeks but prolonged course is common.

يحدث الميل إلى العلاج التلقائي في غضون 2-3 أسابيع ولكن الدورة الطويلة أمر شائع.

In severe cases, there may be regional adenitis with fever and other constitutional symptoms.

في الحالات الشديدة ، قد يكون هناك التهاب غدي إقليمي مصحوب بحمى وأعراض بنوية أخرى.

Impetigo of the scalp is a frequent complication of pediculosis capitis.

القوباء التي تصيب فروة الرأس هي اختلاط متكرر لقمل الرأس.

2.Bullous impetigo

2- القوباء الفقاعية

The bullae are few in number, less rapidly ruptured, much

الفقاعات قليلة العدد ، وتتمزق بسرعة أقل كثيرًا

larger and may persist for 2 to 3 days occur anywhere on the

أكبر ويمكن أن تستمر لمدة 2 إلى 3 أيام تحدث في أي مكان على

body.

جسم.

Contents are first clear then cloudy then have the same course

المحتويات صافية أولاً ثم غائمة ثم يكون لها نفس المسار

as non bullous impetigo.

كالقوباء غير الفقاعية.

The role of normal skin flora

دور فلورا الجلد الطبيعي

 Defense against bacterial infection through bacterial

دفاع ضد العدوى البكتيرية عن طريق البكتيريا

interference (most important function)

تدخل (أهم وظيفة)

 Production of free fatty acids from skin lipids (P.acnes and

إنتاج أحماض دهنية خالية من دهون الجلد (P. حب الشباب و

G + cocci are capable of hydrolysing lipids of sebum to

G + cocci قادرة على تحلل دهون الزهم المائي إلى

produce free fatty acids).

إنتاج الأحماض الدهنية الحرة).

 Apocrine sweet is sterile and odorless when secreted. The

الحلو المفترز يكون عقيمًا وعديم الرائحة عند إفرازه. ال

odor comes from bacterial action.

الرائحة تأتي من العمل البكتيري.

3.Circinate impetigo

3 - تطويق القوباء

Complications

المضاعفات

1.Acute glomerulonephritis may occur as a complication of group A beta-hemolytic streptococcal skin infection.

1- قد يحدث التهاب كبيبات الكلى الحاد كمضاعفات لعدوى الجلد العقدية الحالة للدم من المجموعة أ.

2.Spread of infection to the same patient and to others, N.B : Rheumatic fever is not a complication of streptococcal impetigo

2- انتشار العدوى لنفس المريض والآخرين ، ملحوظة: الحمى الروماتيزمية ليست من مضاعفات القوباء العقدية

Skin defence against infection 1.Acidic PH

دفاع الجلد ضد العدوى 1. PH الحمضي

2.Relative dryness

2- الجفاف النسبي

3.Desquamation

3. التقشير

4.Sweating

4- التعرق

5.Bacterial interference

5. التدخل البكتيري

Treatment

علاج

1. Control of predisposing factors e.g. insect bites, pediculosis,

1. التحكم في العوامل المؤهبة مثل لدغات الحشرات ، القمل ،

scabies and minor trauma.

الجرب والصدمات الطفيفة.

2. Topical antibiotics such as fusidic acid and bacitracin are

2. المضادات الحيوية الموضعية مثل حمض الفوسيديك وباسيتراسين

used alone in mild and localized infections.

تستخدم وحدها في الالتهابات الخفيفة والموضعية.

3. Systemic antibiotics such as flucloxacillin or erythromycin

3. المضادات الحيوية الجهازية مثل فلوكلوكساسيللين أو الاريثروميسين

are indicated in widespread or severe infections.

يشار إليها في حالات العدوى الشديدة أو المنتشرة.

Impetigo

القوباء

 Impetigo is a contagious superficial pyogenic infection of the

القوباء هي عدوى قيحية سطحية سطحية

skin caused by staphylococci and streptococci.

الجلد الناجم عن المكورات العنقودية والمكورات العقدية.

 It is more common in children and occurs mostly during

وهو أكثر شيوعًا عند الأطفال ويحدث غالبًا أثناء ذلك

summer.

صيف.

 Two main clinical forms are recognized:

تم التعرف على شكلين سريريين رئيسيين:

1. Non-bullous impetigo, may be caused by

1. قد يكون سبب القوباء غير الفقاعية

staphylococci, streptococci, or both organisms

المكورات العنقودية أو العقديات أو كلاهما

together.

معاً.

2. Bullous impetigo, usually caused by

2. القوباء الفقاعية ، وعادة ما تسببها

Staphylococcus aureus.

المكورات العنقودية الذهبية.

 Predisposing factors: insect bites, pediculosis, scabies and

العوامل المؤهبة: لدغات الحشرات ، القمل ، الجرب و

minor trauma.

صدمة طفيفة.

Ecthyma

إكثيما

 IT is a pyogenic infection of the skin caused by

هو عدوى قيحية تصيب الجلد ناتجة عن

staphylococci and streptococci.

المكورات العنقودية والمكورات العقدية.

 It is characterized by the formation of adherent crusts

يتميز بتكوين قشور ملتصقة

beneath which ulceration occurs.

الذي يحدث تحته تقرح.

 In Europe, most cases occur in children, but in tropics it may

في أوروبا ، تحدث معظم الحالات عند الأطفال ، ولكن في المناطق المدارية قد تحدث

occur at any age.

تحدث في أي عمر.

 Clinically small bullae or pustules on an erythematous base

فقاعات صغيرة سريرياً أو بثرات على قاعدة حمامية

is soon surmounted by a hard crust of dried exudate which

سرعان ما تعلوها قشرة صلبة من الإفرازات الجافة

increases in size by peripheral rim accretion.

يزيد في الحجم عن طريق تراكم الحافة المحيطية.

 The crust is removed with difficulty to reveal a purulent

تتم إزالة القشرة بصعوبة لتكشف عن قيحي

irregular ulcer.

قرحة غير منتظمة.

 Healing occurs after few weeks with scarring.

يحدث الشفاء بعد أسابيع قليلة من التندب.

 The lesions are usually few in number and the buttocks,

الآفات عادة قليلة العدد والأرداف ،

thighs, and legs are most commonly affected.

الأكثر شيوعًا هي إصابة الفخذين والساقين.

1.Non-bullous impetigo

1- القوباء غير الفقاعية

Treatment

علاج

Topical and systemic treatment as for impetigo.

العلاج الموضعي والجهازي مثل القوباء.

The initial lesion is a very thin walled vesicle, on an erythematous base. The vesicle ruptures so rapidly that it seldom seen as such. The exuding serum dries to form yellowish brown crust. Gradual peripheral extension occurs without central healing, and multiple lesions may coalesce. The crusts eventually dry and separate to leave erythema, which fades without scarring.

الآفة الأولية عبارة عن حويصلة رقيقة جدًّا على قاعدة حمامية. تتمزق الحويصلة بسرعة كبيرة بحيث نادرًا ما تُرى على هذا النحو. يجف المصل النازح ليشكل قشرة بنية مصفرة. يحدث التمدد المحيطي التدريجي دون التئام مركزي ، وقد تتجمع الآفات المتعددة. تجف القشور في النهاية وتتفرق لتترك حمامي تتلاشى دون تندب.

Spread of the lesions to other parts of the body occurs by fingers or towels.

انتشار الآفات إلى أجزاء أخرى من الجسم يحدث عن طريق الأصابع أو المناشف.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

Folliculitis

Bockhart' s impetigo

- ***Superficial folliculitis (Bockhart's impetigo)***
- It is an infection of the follicular orifices with *Staphylococcus aureus*. It appears as fragile yellow pustules and affects mainly the extremities and scalp.

Sycosis vulgaris

- It is a perifollicular, chronic, pustular staphylococcal infection of the beard region, characterized by inflammatory papules and pustules, and a tendency to recurrence.

pseudofolliculitis

•Pseudofolliculitis barbae: caused by ingrowing hairs where the papules and pustules are present in the sides and angles of the jaw.

Treatment:

1. **Treatment of the predisposing factors.**
2. **Topical antiseptics.**
3. **Topical and systemic antibiotics.**

Furunculosis (Boils)

- A furuncle, or boil, is an acute, round, tender, circumscribed, follicular staphylococcal abscess that generally ends in central suppuration.
- Carbuncle a carbuncle is merely two or more confluent furuncles, with separate heads.
- Predisposing factors
  1. Impaired integrity of the skin surface by irritation, friction, hyperhidrosis, dermatitis or shaving.
  2. Presence of a contagion, or autoinoculation from a carrier focus, usually in the nose or groin.
  3. Systemic disorders as malnutrition, blood diseases, diabetes, and immunosuppressive conditions as AIDS.
- The lesions begin in hair follicles, and often continue for a prolonged period by autoinoculation.
- Some lesions disappear before rupture, but most undergo central necrosis and rupture through the skin, discharging purulent, necrotic debris.
- The sites commonly involved are the face and neck, the arms, wrists and fingers, the buttocks and the anogenital region.

Treatment

1. Topical and systemic antibiotics as for impetigo.
2. Incision and drainage of some cases.

Cellulitis and Erysipelas

- Cellulitis is an infection of the subcutaneous tissue, while erysipelas is more superficial as it involves the dermis and upper subcutaneous tissue. However, cellulitis may extend superficially and erysipelas deeply so that the two conditions overlap.
- Current view tends to regard erysipelas as a form of cellulitis rather than a distinct entity. Cellulitis and erysipelas are caused mainly by Streptococcus pyogenes

Clinical picture

- Erythema, heat, swelling and pain or tenderness are constant features.
- In erysipelas, the edge of the lesion is well-demarcated and raised, but in cellulitis it is diffuse.
- Also, in erysipelas blistering and hemorrhage are more common. Lymphangitis and lymphadenopathy are frequent.
- Except in mild cases, there is constitutional upset with fever and malaise, more severe in erysipelas.
- The face and the legs are the most frequent sites affected.
- Predisposing causes are wounds, fissures, ulcers or inflammatory lesions such as interdigital fungal or bacterial infection.
- Of the unusual complications are gangrene, metastatic abscesses and grave sepsis.

Treatment

- Systemic penicillin and cephalosporins are usually effective.

Description ***Spreading bacterial infection of the skin***

Cellulitis **A purulent inflammation of the skin and subcutaneous tissue**

Erysipelas is an acute superficial form of cellulitis and involves the dermis and upper subcutaneous tissue.

- Causes Streptococcus pyogenes
- Risk factors include immunosuppression, wounds, leg ulcers, toeweb intertrigo, and minor skin injury
- Presentation Most common in the lower limbs
- Local signs of inflammation – swelling (tumor), erythema (rubor),
- warmth (calor), pain (dolor); may be associated with lymphangitis
- Systemically unwell with fever, malaise or rigors, particularly with erysipelas
- Erysipelas is distinguished from cellulitis by a well-defined, red raised border
- Management Antibiotics (e.g. flucloxacillin or benzylpenicillin)
- Supportive care including rest, leg elevation, sterile dressings and analgesia
- Complications : gangrene , Local necrosis, abscess and septicaemia

Erythrasma

- Erythrasma is a mild, chronic, localized superficial infection of the skin caused by the diphtheroid Corynebacterium minutissimum.
- These are aerobic, gram positive, pleomorphic, rods.
- It is characterized by sharply marginated, dry, brown, slightly scaling patches occurring in the intertriginous areas, especially the groins, axillae and the intergluteal and submammary flexures. Erythrasma is more common in adults. A warm, humid climate and diabetes are predisposing factors.
- Wood's light examination is diagnostic for erythrasma, the affected area shows a coral red fluorescence.

Folliculitis

التهاب الجريبات

Bockhart’s impetigo

قوباء بوكهارت

▪ Superficial folliculitis (Bockhart’s impetigo)

▪ التهاب الجريبات السطحي (قوباء بوكهارت)

▪ It is an infection of the follicular orifices with Staphylococcus aureus. It appears as fragile yellow pustules and affects mainly the extremities and scalp.

▪ عدوى في الفتحات الجرابية بالمكورات العنقودية الذهبية. تظهر على شكل بثور صفراء هشة وتؤثر بشكل رئيسي على الأطراف وفروة الرأس.

▪ It is a perifollicular, chronic, pustular staphylococcal infection of the beard region, characterized by inflammatory papules and pustules, and a tendency to recurrence.

▪ هي عدوى حول الجريب ، مزمنة ، بثرية بالمكورات العنقودية في منطقة اللحية ، تتميز بالحطاطات والبثور الالتهابية ، والميل إلى التكرار.

pseudofolliculitis

التهاب الجريبات الكاذب

▪Pseudofolliculitis barbae: caused by ingrowing hairs where the papules and pustules are present in the sides and angles of the jaw.

▪ التهاب جريبات الجريبات الكاذب: يحدث نتيجة نمو الشعر تحت الجلد حيث توجد الحطاطات والبثور في جوانب وزوايا الفك.

Treatment:

علاج:

1. Treatment of the predisposing factors.

1. علاج العوامل المؤهبة.

2. Topical antiseptics.

2. المطهرات الموضعية.

3. Topical and systemic antibiotics.

3. المضادات الحيوية الموضعية والجهازية.

Furunculosis (Boils)

داء الدمامل (الدمامل)

 A furuncle, or boil, is an acute, round, tender, circumscribed, follicular staphylococcal abscess that generally ends in central suppuration.

الدمل هو خراج حاد ، مستدير ، مؤلم ، محدود ، جرابي العنقودي وينتهي بشكل عام بالتقيح المركزي.

 Carbuncle a carbuncle is merely two or more confluent furuncles, with separate heads.

الجمرة هي مجرد اثنين أو أكثر من الدمامل المتقاربة ، برؤوس منفصلة.

 Predisposing factors

العوامل المؤهبة

1. Impaired integrity of the skin surface by irritation, friction, hyperhidrosis, dermatitis or shaving.

1. ضعف سلامة سطح الجلد بسبب التهيج أو الاحتكاك أو فرط التعرق أو التهاب الجلد أو الحلاقة.

2. Presence of a contagion, or autoinoculation from a carrier focus, usually in the nose or groin.

2. وجود عدوى ، أو تلقيح ذاتي من بؤرة ناقل ، عادة في الأنف أو الفخذ.

3. Systemic disorders as malnutrition, blood diseases, diabetes, and immunosuppressive conditions as AIDS.

3. الاضطرابات الجهازية مثل سوء التغذية وأمراض الدم والسكري والأمراض المثبطة للمناعة مثل الإيدز.

Clinical picture

الصورة السريرية

 Erythema, heat, swelling and pain or tenderness are constant features.

الحمامي ، الحرارة ، التورم والألم هي سمات ثابتة.

 In erysipelas, the edge of the lesion is well-demarcated and raised, but in cellulitis it is diffuse.

في الحمرة ، تكون حافة الآفة محددة ومرتفعة بشكل جيد ، ولكنها منتشرة في التهاب النسيج الخلوي.

 Also, in erysipelas blistering and hemorrhage are more common. Lymphangitis and lymphadenopathy are frequent.

أيضًا ، في الحمرة ، تكون التقرحات والنزيف أكثر شيوعًا. التهاب الأوعية اللمفية واعتلال العقد اللمفية شائعان.

 Except in mild cases, there is constitutional upset with fever and malaise, more severe in erysipelas.

باستثناء الحالات الخفيفة ، هناك اضطراب بنيوي مصحوب بحمى وتوعك أكثر شدة في الحمرة.

 The face and the legs are the most frequent sites affected.

الوجه والساقين هي الأماكن الأكثر إصابة.

 Predisposing causes are wounds, fissures, ulcers or inflammatory lesions such as interdigital fungal or bacterial infection.

الأسباب المهيئة هي الجروح ، الشقوق ، القرح أو الآفات الالتهابية مثل العدوى الفطرية بين الأصابع أو العدوى البكتيرية.

 Of the unusual complications are gangrene, metastatic abscesses and grave sepsis.

من المضاعفات غير العادية الغرغرينا والخراجات المنتشرة والإنتان الشديد.

Treatment

علاج

 Systemic penicillin and cephalosporins are usually effective.

عادة ما يكون البنسلين الجهازي والسيفالوسبورينات فعالة.

Description Spreading bacterial infection of the skin

وصف انتشار العدوى البكتيرية للجلد

Cellulitis A purulent inflammation of the skin and subcutaneous tissue

التهاب النسيج الخلوي التهاب قيحي يصيب الجلد والأنسجة تحت الجلد

Erysipelas is an acute superficial form of cellulitis and involves the dermis and upper subcutaneous tissue.

الحمرة هي شكل سطحي حاد من التهاب النسيج الخلوي وتشمل الأدمة والأنسجة تحت الجلد العلوية.

▪ Causes Streptococcus pyogenes

▪ الأسباب العقدية المقيحة

▪ Risk factors include immunosuppression, wounds, leg ulcers, toeweb intertrigo, and minor skin injury

▪ تشمل عوامل الخطر كبت المناعة ، والجروح ، وتقرحات الساق ، وداء الثنية في إصبع القدم ، وإصابة الجلد الطفيفة

▪ Presentation Most common in the lower limbs

▪ التقديم الأكثر شيوعاً في الأطراف السفلية

▪ Local signs of inflammation – swelling (tumor), erythema (rubor),

▪ علامات التهاب موضعية - تورم (ورم) ، حمامي (حكة) ،

▪ warmth (calor), pain (dolor); may be associated with

▪ الدفء (السعرات الحرارية) ، الألم (الآلام) ؛ قد تترافق مع

lymphangitis

التهاب الأوعية اللمفية

▪ Systemically unwell with fever, malaise or rigors, particularly with erysipelas

▪ مريض بشكل منهجي مع الحمى أو الشعور بالضيق أو القسوة ، خاصة مع الحمرة

▪ Erysipelas is distinguished from cellulitis by a well-defined, red raised border

▪ تتميز الحمرة عن التهاب النسيج الخلوي بحد مرتفع أحمر واضح المعالم

▪ Management Antibiotics (e.g. flucloxacillin or benzylpenicillin) ▪ Supportive care including rest, leg elevation, sterile dressings and analgesia

▪ إدارة المضادات الحيوية (مثل فلوكلوكساسيللين أو بنزيل بنسلين) ▪ الرعاية الداعمة بما في ذلك الراحة ورفع الساق والضمادات المعقمة وتسكين الألم

▪ Complications : gangrene , Local necrosis, abscess and

▪ المضاعفات: الغرغرينا ، النخر الموضعي ، الخراج و

septicaemia

تسمم الدم

Erythrasma

إريثرازما

▪ Erythrasma is a mild, chronic, localized superficial infection of the skin caused by the diphtheroid Corynebacterium

▪ الحمرة هي عدوى سطحية موضعية خفيفة ومزمنة تصيب الجلد وتسببها بكتيريا الخناق الوتدية

minutissimum.

دقيقة.

▪ These are aerobic, gram positive, pleomorphic, rods.

▪ هذه هي قضبان هوائية ، موجبة الجرام ، متعددة الأشكال.

▪ It is characterized by sharply marginated, dry, brown, slightly scaling patches occurring in the intertriginous areas, especially the groins, axillae and the intergluteal and submammary flexures. Erythrasma is more common in adults. A warm, humid climate and diabetes are predisposing factors.

▪ يتميز ببقع متقشرة بشكل حاد ، جافة ، بنية اللون ، تحدث في مناطق الثنيات ، خاصة الأربية ، الإبطين ، الانحناء بين الألوية وتحت الثدي. يعتبر إريثرازما أكثر شيوعًا عند البالغين. يعتبر المناخ الدافئ والرطب ومرض السكري من العوامل المؤهبة.

▪ Wood's light examination is diagnostic for erythrasma, the affected area shows a coral red fluorescence.

▪ فحص وود للضوء تشخيصي للإريثرازما ، المنطقة المصابة تظهر تألق مرجاني أحمر.

The lesions begin in hair follicles, and often continue for a prolonged period by autoinoculation.

تبدأ الآفات في بصيلات الشعر ، وغالبًا ما تستمر لفترة طويلة بالتلقيح الذاتي.

Some lesions disappear before rupture, but most undergo central necrosis and rupture through the skin, discharging purulent, necrotic debris.

تختفي بعض الآفات قبل التمزق ، لكن معظمها يخضع لنخر مركزي ويتمزق عبر الجلد ، ويخرج حطامًا صديديًا نخرًا.

The sites commonly involved are the face and neck, the arms, wrists and fingers, the buttocks and the anogenital region.

المواقع المصابة عادة هي الوجه والرقبة والذراعين والمعصمين والأصابع والأرداف والمنطقة الشرجية التناسلية.

Treatment 1. 2.

العلاج 1. 2.

Topical and systemic antibiotics as for impetigo. Incision and drainage of some cases.

المضادات الحيوية الموضعية والجهازية مثل القوباء. شق وتصريف بعض الحالات.

Cellulitis and Erysipelas

التهاب النسيج الخلوي والحمرة

 Cellulitis is an infection of the subcutaneous tissue, while erysipelas is more superficial as it involves the dermis and upper subcutaneous tissue. However, cellulitis may extend superficially and erysipelas deeply so that the two conditions overlap.

التهاب النسيج الخلوي هو عدوى تصيب الأنسجة تحت الجلد ، بينما الحمرة تكون أكثر سطحية لأنها تصيب الأدمة والأنسجة تحت الجلد العلوية. ومع ذلك ، قد يمتد التهاب النسيج الخلوي بشكل سطحي والحمرة بعمق بحيث يتداخل الشرطان.

 Current view tends to regard erysipelas as a form of cellulitis rather than a distinct entity. Cellulitis and erysipelas are caused mainly by Streptococcus pyogenes

وجهة النظر الحالية تميل إلى اعتبار الحمرة شكلاً من أشكال التهاب النسيج الخلوي بدلاً من كونها كيانًا متميزًا. يحدث التهاب النسيج الخلوي والحمراء بشكل رئيسي بسبب المكورات العقدية المقيحة

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

Treatment

- Topical azole antifungals.
- Oral erythromycin in extensive cases.

INTERTRIGO

- Definitions : intertrigo is inflammation of the flexural skin
- Causes
  - A. Infective
    1. Streptococcal
    2. Fungal.
       a) Cndidial
       b) Tenia cruris
    3. Erythrasma
  - B. Non- infective
    1. Simple (friction)
    2. Seb. Dermatitis.
    3. Psoriasis

Angular cheilitis

- It is the inflammation of the mouth angles
- Causes:
  1) Streptococcal
  2) Candida
  3) Vit. B deficiency

Pseudo- folliculitis

- It is the inflamation of skin of beard and results from re-entering of hairs to skin with shaving. →Irritation →papules.

Cutaneous involvement in systemic sterpt. Infecions

1) Rash of scarlet fever.
2) Petechae, sub- ungual (splinter) haemoshages in subacute bacterial endocarditis .
3) Erythema nodosum .
4) Erythema multiform .

~ VIRAL INFECTIONS

Characters of the viruses:

1. Obligate intracellular, multiply only inside the cells (outside the cells presents as particles (virions).
2. Composed of single nucleic acid : DNA or RNA.
3. Doesn't grow on ordinary media .
4. Not sensitive to antibacterial drugs.
5. Generally are not thought to exist on the skin surface as commensals.
6. Differ from other replicating organisms in that they do not have ribosomes or enzymes for high energy phosphate generation or for protein, carbohydrate, or lipid metabolism.

The Consequences of viral infections

viral	cellular
-Attachment.	1 -cytolysis (cell death) e.g.
-penetration	-chicken pox
-removal of the caspid.	-herpes s, h. Z.
-replication.	-small pox
-release.	2-neoplastic transformation. E. G. Warts.
	3- latency

- ### Host-response to viral Infection:

1. **Humeral (important against reInfection):-**
   a. Neutralization
   b. Enhancement of viral uptake by phagocy tocytes
   c. Complement
2. **Specific cell-mediated:-**
   Important for influencing the course of many viral infections

DNA viruses	RNA viruses
Papova virus: papilloma V	Togavirus
Human herpes viruses (HHVs)	Robella
HHV1	Retroviruses
HHV2	HIV1
HHV3 (varicella zoster virus)	HIV2
Pox viruses	
vaccinia	
orf	
molluscum contagiosum	

The main viral diseases of the skin are:

1. Herpes simplex.
2. Herpes zoster.
3. Warts.
4. Molluscum contagiosum.

Treatment

علاج

▪ Topical azole antifungals.

▪ مضادات الفطريات الموضعية.

▪ Oral erythromycin in extensive cases.

▪ الاريثروميسين الفموي في حالات كثيرة.

INTERTRIGO

انترريجو

▪ Definitions : intertrigo is inflammation of the flexural skin ▪ Causes

▪ تعاريف: الثنيات هو التهاب في الجلد العاطفية ▪ أسبابه

A.Infective

أ- عدوى

1.Streptococcal

1- المكورات العقدية

2.Fungal.

2-فطرية.

a)Cndidial

أ) كنديديال

b)Tenia cruris

Tenia cruris ب)

3.Erythrasma

3-إريثرازما

B.Non- infective

ب- غير معدي

1. Simple (friction)

1. بسيط (احتكاك)

2. Seb. Dermatitis.

2. سب. التهاب الجلد.

3. Psoriasis

3. الصدفية

Angular cheilitis

التهاب زاوية الشفاه

It is the inflammation of the mouth angles Causes:

هو التهاب زوايا الفم الأسباب:

1)Streptococcal

1) العقديات

2)Candida

2) الكانديدا

3)Vit. B deficiency

3) فيتامين. نقص ب

Pseudo- folliculitis

التهاب الجريبات الكاذب

oIt is the inflamation of skin of beard and results from re- entering of hairs to skin with shaving. → Irritation → papules.

هو التهاب جلد اللحية وينتج عن عودة الشعر إلى الجلد بالحلاقة. → تهيج → حطاطات.

Cutaneous involvement in systemic sterpt.

تورط جلدي في التعقيم الجهازي.

Infecions

إنتانات

1)Rash of scarlet fever.

1) طفح جلدي من الحمى القرمزية.

2)Petechae, sub- ungual (splinter) haemoshages in subacute bacterial endocarditis .

2) Petechae ، sub- ungual (منشق) haemoshages في الشغاف البكتيري تحت الحاد.

3)Erythema nodosum .

3) حمامي عقدية.

4)Erythema multiform .

4) حمامي عديدة الأشكال.

~ VIRAL INFECTIONS Characters of the viruses:

~ العدوى الفيروسية صفات الفيروسات:

1.Obligate intracellular, multiply only inside the cells (outside the cells presents as particles (virions).

1. تنفخ داخل الخلايا ، تتكاثر فقط داخل الخلايا (يظهر خارج الخلايا كجسيمات (فيريونات).

2.Composed of single nucleic acid : DNA or RNA.

2. مكون من حمض نووي واحد: DNA أو RNA.

3.Doesn't grow on ordinary media .

3. لا تنمو على وسائل الإعلام العادية.

4.Not sensitive to antibacterial drugs.

4- غير حساس للأدوية المضادة للبكتيريا.

5.Generally are not thought to exist on the skin surface as commensals.

5. بشكل عام لا يعتقد أنها موجودة على سطح الجلد على أنها مقاومات.

6.Differ from other replicating organisms in that they do not have ribosomes or enzymes for high energy phosphate generation or for protein, carbohydrate, or lipid metabolism.

6- تختلف عن الكائنات الحية المضاعفة الأخرى من حيث أنها لا تحتوي على ريبوسومات أو إنزيمات لتوليد فوسفات عالي الطاقة أو للتمثيل الغذائي للبروتين أو الكربوهيدرات أو الدهون.

The Consequences of viral infections viral cellular -Attachment. 1 -cytolysis (cell death) e.g.

عواقب العدوى الفيروسية الخلوية الفيروسية. 1- انحلال الخلايا (موت الخلايا) على سبيل المثال.

-penetration -chicken pox-removal of the caspid. -herpes s, h. Z.

- الاختراق - إزالة جدري الدجاج من الكاسبيد. -الهربس ق ، ح. Z.

-replication. -small pox

-تكرار. -جدري

-release. 2-neoplastictransformation. E. G.Warts.

-يطلق. 2-تحول الأورام. إي جي الثآليل.

3- latency

3- الكمون

▪ Host-response to viral Infection: 1.Humeral (important against reInfection):- a.Neutralization

▪ استجابة المضيف للعدوى الفيروسية:.

b.Enhancement of viral uptake by phagocy tocytes

ب- تعزيز الامتصاص الفيروسي عن طريق الخلايا البلعمية

c.Complement

ج - استكمال

2. Specific cell-mediated:-

2. خلية محددة بوساطة: -

Important for influencing the course of many viral infections

مهم للتأثير على مسار العديد من الالتهابات الفيروسية

DNA viruses RNA viruses

فيروسات الحمض النووي فيروسات الحمض النووي الريبي

Papova virus: papilloma V Togavirus

فيروس بابوفا: الورم الحليمي الخامس توغافيروس

Human herpes viruses (HHVs) Robella

فيروسات الهربس البشري (HHVs) Robella

HHV1 Retroviruses

الفيروسات القهقرية HHV1

HHV3 (varicella zoster virus) HIV2

HHV3 (فيروس الحماق النطاقي)

Pox viruses

فيروسات الجدري

vaccinia

لقاح

molluscum contagiosum

المليساء المعدية

The main viral diseases of the skin are:

أهم الأمراض الفيروسية التي تصيب الجلد هي:

1.Herpes simplex.

1- الهربس البسيط.

2.Herpes zoster.

2- الهربس النطاقي.

3.Warts.

3. البثور.

4.Molluscum contagiosum.

4- المليساء المعدية.

@MinorScientificGroupC قجلا قي

MinorScientificGroupC قجلا قي

Herpesvirus group

- The herpesvirus group are DNA viruses that replicate intranuclear.
- They are characterized by the absence of virus elimination following clinical recovery.
- Virus persists throughout the person's life as a latent infection in one of the sensory ganglia.
- Under certain conditions, especially immune suppression, the virus may become replicated and produce infection.

Herpes simplex

- It is one of the most common infections of the humans throughout the world.
- Etiology Herpes simplex is caused by . Human herpes virus type 1 ,2.
- There are two types of HSV:
- Type I, the cause of facial infections.
- Type II, the cause of genital infections.
- The spread of infection is by direct contact, or droplets, from infected secretions. Incubation period: 2-12 days.

Clinical picture

Primary herpes simplex

- Primary infection occurs in individuals who are infected for the first time. It is usually subclinical, but when clinical lesions develop, the severity is generally greater than in recurrences.
- Primary infection occurs mainly in infants and young children.
- Constitutional symptoms as fever and malaise are common. Vesicles show no tendency to grouping and regional lymph nodes are usually enlarged and tender. Spontaneous healing occurs within 1-2 weeks.

Clinical types

- Herpetic gingivostomatitis. It involves the gums, tongue, pharynx, palate, and buccal mucous membrane.
- Herpes genitalis. It occurs after the onset of sexual activity and affects the glans, prepuce and shaft of the penis in males, and the vulva, vagina and cervix in females.
- Keratoconjunctivitis. It manifests as keratitis, conjunctivitis and edema of eyelids.
- Inoculation herpes simplex. It occurs secondary to direct inoculation of the virus into the skin.
- Eczema herpeticum (Kaposi's varicelliform eruption). The infection occurs in many skin diseases particularly atopic dermatitis.
- Neonatal herpes simplex. It is acquired as the child passes through an infected birth canal of the mother. In these cases cesarean section or treatment with acyclovir are indicated.

Recurrent herpes simplex

- It occurs in persons previously infected with the virus. If the virus is reactivated, it may travel peripherally along the nerve fibre, and, if it replicates in the skin and mucous membranes, may cause recurrent disease.

Triggering factors

1) *Minor trauma*
2) *Immunodeficiency*
3) *Ultraviolet radiation*
4) *Neural or dental surgery*
5) *Emotional stress*
6) *Menstruation*

- Recurrent infections differ from primary infections in the smaller size of the vesicles and their close grouping, and in the usual absence of constitutional symptoms.
- The onset is sudden, often preceded by itching or burning. A swollen, red patch, 1-2 cm in diameter, appears and soon grouped small vesicles on an erythematous base develop. In one or two days the vesicles dry with the formation of crusts. The crusts fall with healing of the lesion in 7-10 days without scarring. A tender regional adenitis is common.

Clinical types

- Herpes facialis (labialis). Favorite sites are the lips, around the nose and cheeks. Recurrences tend to be in the same region.
- Herpetic keratoconjunctivitis. It occurs as a punctate or marginal keratitis, or as a dendritic corneal ulcer.
- Herpes genitalis. It usually presents with clusters of small vesicles, which produce non-indurated ulcers on the glans, or shaft of the penis. Similar lesions may occur on the labia, vagina or cervix.

Treatment

Topical treatment

1) Drying lotions as 5% aluminium acetate for the vesicular stage.
2) Antibiotics for secondary infection.
3) Acyclovir cream.

Systemic treatment

1) It is used only in severe cases.
2) Acyclovir is the treatment of choice.
3) New antivirals e.g. valacyclovir and famciclovir are also effective.

Varicella (Chickenpox)

- Varicella is the primary infection with Varicella-zoster virus. I.P. is 10-21 days. Transmission is by direct contact with the lesions or by the respiratory route. One attack usually confers permanent immunity. Individuals are infectious for 4 days before and 5 days after the appearance of the exanthem.
- Low-grade fever, malaise, and headache are usually present but mild. The eruption starts with faint macules that develop rapidly into vesicles. Successive fresh crops of vesicles appear for few days, mainly on the trunk, face and oral mucosa (centripetal). The vesicles quickly become pustular, umbilicated, and then crusted. Lesions in different stages of development are usually found. There is mild pruritus.

Complications:

1. Bacterial skin infections
2. Neonatal < 5 d => neonate CH. P
3. Fetal varicella when acquired early in pregnancy (first 20 weeks) Low Birth weight, mental retardation, seizures, skeletal problems, Dermatomal hypoplasia
4. Varicella pneumonia
5. Keratitis
6. Encephalitis
7. Reye syndrome: fatal incephlopathy with varicella
8. Intrauterine 1st trimester => zosteriform cutaneous scar and limb hypoplasia.

Treatment

Treatment is symptomatic. Antipruritic lotions and anti-histamines are given for itching and antibiotics for secondary infection.

Acyclovir 800 mg four times daily for 7 days.

Herpesvirus group

مجموعة فيروس الهربس

The herpesvirus group are DNA viruses that replicate intranuclear.

مجموعة فيروسات الهربس هي فيروسات الحمض النووي التي تتكاثر داخل النواة.

They are characterized by the absence of virus elimination following clinical recovery.

تتميز بغياب القضاء على الفيروس بعد الشفاء السريري.

 Recurrent infections differ from primary infections in the smaller size of the vesicles and their close grouping, and in the usual absence of constitutional symptoms.

تختلف الإصابات المتكررة عن العدوى الأولية في الحجم الأصغر للحويصلات وتجمعاتها القريبة ، وفي الغياب المعتاد للأعراض البنيوية.

 The onset is sudden, often preceded by itching or burning.

- تكون البداية مفاجئة وتسبقها غالبًا حكة أو حرقان.

A swollen, red patch, 1-2 cm in diameter, appears and soon grouped small vesicles on an erythematous base develop. In one or two days the vesicles dry with the formation of crusts. The crusts fall with healing of the lesion in 7-10 days without scarring. A tender regional adenitis is common.

تظهر بقعة حمراء منتفخة ، قطرها 1-2 سم ، وسرعان ما تتطور حويصلات صغيرة متجمعة على قاعدة حمامية. في يوم أو يومين تجف الحويصلات مع تكوين قشور. تسقط القشور مع شفاء الآفة خلال 7-10 أيام بدون تندب. التهاب الغدد الإقليمي الرقيق شائع.

Clinical types

الأنواع السريرية

 Herpes facialis (labialis). Favorite sites are the lips, around the nose and cheeks. Recurrences tend to be in the same region.

الهربس الوجهي (الشفوي). المواقع المفضلة هي الشفاه وحول الأنف والخدين. تميل التكرارات إلى أن تكون في نفس المنطقة.

 Herpetic keratoconjunctivitis. It occurs as a punctate or marginal keratitis, or as a dendritic corneal ulcer.

التهاب القرنية والملتحمة الهربسي. يحدث على شكل التهاب القرنية النقطي أو الهامشي ، أو قرحة القرنية المتغصنة.

 Herpes genitalis. It usually presents with clusters of small vesicles, which produce non-indurated ulcers on the glans, or shaft of the penis. Similar lesions may occur on the labia, vagina or cervix.

الهربس التناسلي. تظهر عادة مع مجموعات من الحويصلات الصغيرة ، والتي تنتج تقرحات غير متورمة على الحشفة ، أو جذع القضيب. قد تحدث آفات مماثلة على الشفرين أو المهبل أو عنق الرحم.

Treatment

علاج

Topical treatment

العلاج الموضعي

Drying lotions as 5% aluminium acetate for the vesicular 1)

غسول التجفيف بنسبة 5٪ من أسيتات الألومنيوم للحويصلي 1)

stage.

منصة.

2) Antibiotics for secondary infection.

2) المضادات الحيوية للعدوى الثانوية.

3) Acyclovir cream.

3) كريم الاسيكلوفير.

Systemic treatment

العلاج الجهازي

It is used only in severe cases. 1)

يتم استخدامه فقط في الحالات الشديدة. 1)

2) Acyclovir is the treatment of choice.

2) الأسيكلوفير هو العلاج المفضل.

3) New antivirals e.g. valacyclovir and famciclovir are also effective.

3) مضادات فيروسات جديدة مثل فالاسيكلوفير وفامسيكلوفير فعالان أيضًا.

Varicella (Chickenpox)

الحماق (جدري الماء)

Varicella is the primary infection with Varicella-zoster virus. I.P. is 10-21 days. Transmission is by direct contact with the lesions or by the respiratory route. One attack usually confers permanent immunity. Individuals are infectious for 4 days before and 5 days after the appearance of the exanthem.

الحميدة هي العدوى الأولية بفيروس الحماق النطاقي. ا. 10-21 يومًا. يتم الانتقال عن طريق الاتصال المباشر مع الآفات أو عن طريق الجهاز التنفسي. عادة ما يمنح هجوم واحد حصانة دائمة. يصاب الأفراد بالعدوى لمدة 4 أيام قبل و 5 أيام بعد ظهور الطفح الجلدي.

Low-grade fever, malaise, and headache are usually present but mild. The eruption starts with faint macules that develop rapidly into vesicles. Successive fresh crops of vesicles appear for few days, mainly on the trunk, face and oral mucosa (centripetal). The vesicles quickly become pustular, umbilicated, and then crusted. Lesions in different stages of development are usually found. There is mild pruritus.

عادة ما توجد حمى منخفضة الدرجة وتوعك وصداع ولكنها خفيفة. يبدأ الاندفاع ببقعات خافتة تتطور بسرعة إلى حويصلات. تظهر محاصيل جديدة متتالية من الحويصلات لعدة أيام ، خاصة على الجذع والوجه والغشاء المخاطي للفم (الجاذبية المركزية). سرعان ما تصبح الحويصلات بثرية ، وسرية ، ثم متقشرة. عادة ما توجد الآفات في مراحل مختلفة من التطور. هناك حكة خفيفة.

Complications:

المضاعفات:

1.Bacterial skin infections

1- الالتهابات الجلدية البكتيرية

2.Neonatal < 5 d => neonate CH. P

2-حديثي الولادة <5 د => حديثي الولادة CH. ص

3.Fetal varicella when acquired early in pregnancy (first 20 weeks) Low Birth weight, mental retardation,

3- الحماق الجنيني عند اكتسابه في وقت مبكر من الحمل (أول 20 أسبوعًا) انخفاض الوزن عند الولادة ، التخلف العقلي ،

seizures, skeletal problems, Dermatomal hypoplasia 4.Varicella pneumonia

المضبوطات ، مشاكل الهيكل العظمي ، نقص تنسج الجلد 4. الحويصلة الرئوية

5.Keratitis

5- التهاب القرنية

6.Encephalitis

6- التهاب الدماغ

7.Reye syndrome: fatal incephlopathy with varicella 8.Intrauterine 1st trimester => zosteriform cutaneous scar and limb hypoplasia.

7. متلازمة ري: اعتلال عضلي مميت مع الحماق 8. داخل الرحم الثلث الأول => ندبة جلدية نطاقية الشكل ونقص تنسج الأطراف.

Treatment

علاج

Treatment is symptomatic. Antipruritic lotions and anti-histamines are given for itching and antibiotics for secondary infection.

العلاج عرضي. يتم إعطاء المستحضرات المضادة للحكة ومضادات الهيستامين للحكة والمضادات الحيوية للعدوى الثانوية.

Acyclovir 800 mg four times daily for 7 days.

اسيكلوفير 800 مجم اربع مرات يوميا لمدة 7 ايام.

Virus persists throughout the person's life as a latent infection in one of the sensory ganglia.

يستمر الفيروس طوال حياة الشخص كعدوى كامنة في إحدى العقد الحسية.

Under certain conditions, especially immune suppression, the virus may become replicated and produce infection.

في ظل ظروف معينة ، وخاصة قمع المناعة ، قد يتكاثر الفيروس وينتج العدوى.

Herpes simplex

الهربس البسيط

It is one of the most common infections of the humans throughout the world.

إنها واحدة من أكثر أنواع العدوى التي تصيب البشر شيوعًا في جميع أنحاء العالم.

Etiology Herpes simplex is caused by . Human herpes virus type 1 ,2.

مسببات الهربس البسيط سببه. فيروس الهربس البشري من النوع 1 ، 2.

There are two types of HSV:

هناك نوعان من فيروس الهربس البسيط:

Type I, the cause of facial infections.

النوع الأول سبب التهابات الوجه.

Type II, the cause of genital infections.

النوع الثاني ، سبب التهابات الأعضاء التناسلية.

The spread of infection is by direct contact, or droplets, from infected secretions. Incubation period: 2-12 days.

ينتشر العدوى عن طريق الاتصال المباشر أو الرذاذ من الإفرازات المصابة. فترة الحضانة: 2-12 يوم.

Clinical picture

الصورة السريرية

Primary herpes simplex

الهربس البسيط الأساسي

 Primary infection occurs in individuals who are infected for the first time. It is usually subclinical, but when clinical lesions develop, the severity is generally greater than in recurrences.

تحدث العدوى الأولية عند الأفراد المصابين لأول مرة. عادة ما يكون تحت الإكلينيكي ، ولكن عندما تتطور الآفات السريرية ، تكون شدتها بشكل عام أكبر منها في التكرار.

 Primary infection occurs mainly in infants and young children.

تحدث العدوى الأولية بشكل رئيسي عند الرضع والأطفال الصغار.

 Constitutional symptoms as fever and malaise are common.

تشيع الأعراض البنيوية مثل الحمى والتوعك.

Vesicles show no tendency to grouping and regional lymph nodes are usually enlarged and tender. Spontaneous healing occurs within 1-2 weeks.

لا تظهر الحويصلات أي ميل للتجمع وعادة ما تتضخم الغدد الليمفاوية الإقليمية وتصبح مؤلمة. يحدث الشفاء التلقائي في غضون أسبوع إلى أسبوعين.

 Herpetic gingivostomatitis. It involves the gums, tongue, pharynx, palate, and buccal mucous membrane.

- التهاب اللثة الهربسي. وتشمل اللثة واللسان والبلعوم والحنك والغشاء المخاطي الشدق.

 Herpes genitalis. It occurs after the onset of sexual activity and affects the glans, prepuce and shaft of the penis in males, and the vulva, vagina and cervix in females.

الهربس التناسلي. يحدث بعد بدء النشاط الجنسي ويؤثر على الحشفة والقلفة وجذع القضيب عند الذكور ، والفرج والمهبل وعنق الرحم عند الإناث.

 Keratoconjunctivitis. It manifests as keratitis, conjunctivitis and edema of eyelids.

التهاب القرنية والملتحمة. يتجلى في التهاب القرنية والتهاب الملتحمة ووذمة الجفون.

 Inoculation herpes simplex. It occurs secondary to direct inoculation of the virus into the skin.

تلقيح الهربس البسيط. يحدث بشكل ثانوي للتلقيح المباشر للفيروس في الجلد.

Eczema herpeticum (Kaposi's varicelliform eruption). The infection occurs in many skin diseases particularly atopic dermatitis.

الأكزيما العقبولية (اندفاع كابوسي الدوالي). تحدث العدوى في العديد من الأمراض الجلدية خاصة التهاب الجلد التأتبي.

Neonatal herpes simplex. It is acquired as the child passes through an infected birth canal of the mother. In these cases cesarean section or treatment with acyclovir are indicated.

الهربس البسيط حديثي الولادة. يتم اكتسابه عندما يمر الطفل عبر قناة الولادة المصابة للأم. في هذه الحالات ، يشار إلى العملية القيصرية أو العلاج بالأسيكلوفير.

Recurrent herpes simplex

الهربس البسيط المتكرر

It occurs in persons previously infected with the virus. If the virus is reactivated, it may travel peripherally along the nerve fibre, and, if it replicates in the skin and mucous membranes, may cause recurrent disease.

يحدث عند الأشخاص المصابين بالفيروس سابقًا. إذا أعيد تنشيط الفيروس ، فقد ينتقل بشكل محيطي على طول الألياف العصبية ، وإذا تكاثر في الجلد والأغشية المخاطية ، فقد يتسبب في مرض متكرر.

Triggering factors

العوامل المسببة

1)Minor trauma

1) صدمة طفيفة

2)Immunodeficiency

2) نقص المناعة

3)Ultraviolet radiation 4)Neural or dental surgery 5)Emotional stress

3) الأشعة فوق البنفسجية 4) جراحة الأعصاب أو الأسنان 5) الإجهاد العاطفي

6)Menstruation

6) الحيض

تضمين التغريدة

صفحة (8)

Herpes zoster

- H.Z. is an acute skin infection characterized by an eruption of grouped vesicles following the distribution of a peripheral nerve (usually sensory). The disease is also more frequent in immunocompromised persons.

Etiology

- Varicella-zoster virus is the cause of the disease as a result of reactivation of the latent virus. Other than immunosuppression and age, the factors involved in reactivation are unknown. Incubation period is 2-3 weeks.

Clinical picture

- Pain is usually the first manifestation of the disease, which may be severe. Pain may appear before, simultaneously or following the skin eruption, or may be absent (children).
- After 2-3 days, the eruption appears as groups of vesicles on an erythematous base within the distribution of a sensory nerve. The vesicles become pustular, crust and heal in 2-4 weeks with scars. The regional lymph nodes are enlarged and tender.
- The eruption is almost invariably unilateral and usually affects one dermatome.
- The thoracic (commonest), cervical, trigeminal and lumbosacral dermatomes are the most commonly affected.
- Recurrence of the disease is very rare as one attack gives permanent immunity.

Ophthalmic zoster (Herpes zoster ophthalmicus)

- Herpes zoster may affect any of the divisions of the trigeminal nerve, but the ophthalmic division is the most frequently involved. Ocular involvement is most commonly in the form of uveitis and keratitis.

Ramsay-Hunt syndrome

- It is due to involvement of the geniculate ganglion and constitutes vesicles on the external ear, facial palsy and auditory symptoms as tinnitus, deafness and vertigo.

Complications

- Post-herpetic neuralgia. It is the commonest and the most intractable complication of herpes zoster. It can be defined as the persistence of pain more than one month after the onset of the disease.
- Ocular complications.
- Secondary bacterial infection and gangrene.
- Encephalitis.
- Facial palsy.

Treatment

Topical treatment

- As for herpes simplex.

Systemic treatment

1. Analgesics for pain.
2. Antibiotics for secondary bacterial infection.
3. Acyclovir and the newer antivirals e.g. valacyclovir and famciclovir are used in severe cases.

Warts (Verrucae)

- Mode of transmission and Clinical types. Warts are common contagious cutaneous growths caused by Human papilloma virus (HPV). Warts spread by direct or indirect contact. Trauma and maceration greatly predispose to inoculation of the virus.
- **Common warts**. They appear as papules with rough, horny surface. The lesions are usually symptomless.
- **Plane warts (flat warts)**. They are smooth, flat or slightly elevated lesions and are usually skin-colored or greyish yellow. The lesions vary from 1-5 mm. The face and back of the hands are the sites of predilection. New warts may form at the site of trauma (Koebner's Phenomenon).
- **Filiform warts.**
- **Digitiform warts.**
- **Plantar warts.** These affect the sole of the foot especially the pressure points and presented as sharply defined, rounded, slightly elevated lesions with a rough keratotic surface. Pain is a common symptom.
- **Anogenital warts** (condylomata acuminata). Genital warts are the most common sexually transmitted disease. The wart is soft, pink, elongated and sometimes pedunculated. The lesions are usually multiple especially on moist surfaces. The sites of predilection are frenulum, corona and glans in men, the posterior fourchette in women and perianal area and groins in both sexes. Anogenital warts are usually asymptomatic, but sometimes can cause discomfort, discharge or bleeding. They are closely linked with cervical carcinoma. The lesions should be differentiated from condylomata lata of syphilis.

Table 13-1: Differences between the syphilitic condyloma lata and the viral condyloma acuminata.

	Condyloma lata	Condyloma acuminata
Etiology:	*Treponema pallidum*	*Human papilloma virus*
Surface:	Flat & moist	Rough & verrucous
Shape:	Sessile	Pedunculated
Base:	Indurated	Soft
Bleeding:	Does not bleed easily (because of endarteritis obliterans)	Bleeds easily
Dark field examination:	Positive	Negative
Syphilis serology:	Positive	Negative
Treatment:	Penicillins	Podophyllin, cryotherapy, or laser

Treatment

1) **Chemical treatment:**
   - *Salicylic acid 15-20%.*
   - *Podophyllin 10-25% for C. Acuminata.*
   - *Formalin 2-3% for plantar warts.*
   - *Imoqumod (aldara) for C. Acuminata.*
2) **Electrocautery.**
3) **Cryotherapy.**
4) **Laser therapy.**

Molluscum contagiosum

- It caused by Molluscum contagiosum virus. Transmission of the disease is by direct contact.

Clinical picture

- The characteristic lesion is a smooth pearly white, hemispherical, umbilicated papule, which on squeezing a white cheesy material can be expressed. It averages 3-5 mm in diameter. The lesions are usually multiple and occur mainly on the face, trunk and extremities.

Treatment

- Spontaneous disappearance of the lesions may occur.
- Curettage and diathermy.
- Expression of the contents of the lesion by squeezing with forceps.
- Salicylic acid 15-20%.
- Cryotherapy. Laser therapy. - KOH 5%

Herpes zoster

الحلأ النطاقي

 H.Z. is an acute skin infection characterized by an eruption of grouped vesicles following the distribution of a peripheral nerve (usually sensory). The disease is also more frequent in immunocompromised persons.

ح. هي عدوى جلدية حادة تتميز بانفجار حويصلات متجمعة بعد توزع العصب المحيطي (عادة ما يكون حسيًا). كما أن المرض أكثر شيوعًا عند الأشخاص الذين يعانون من نقص المناعة.

Etiology

المسببات

Varicella-zoster virus is the cause of the disease as a result of reactivation of the latent virus. Other than immunosuppression and age, the factors involved in reactivation are unknown. Incubation period is 2-3 weeks.

فيروس الحماق النطاقي هو سبب المرض نتيجة إعادة تنشيط الفيروس الكامن. بخلاف كبت المناعة والعمر ، فإن العوامل المشاركة في إعادة التنشيط غير معروفة. فترة الحضانة 2-3 أسابيع.

Clinical picture

الصورة السريرية

 Pain is usually the first manifestation of the disease, which may be severe. Pain may appear before, simultaneously or following the skin eruption, or may be absent (children).

عادة ما يكون الألم هو أول مظهر من مظاهر المرض ، وقد يكون شديدًا. قد يظهر الألم قبل اندفاع الجلد أو في وقت واحد أو بعده ، أو قد يكون غائبًا (عند الأطفال).

 After 2-3 days, the eruption appears as groups of vesicles on an erythematous base within the distribution of a sensory nerve. The vesicles become pustular, crust and heal in 2-4 weeks with scars. The regional lymph nodes are enlarged and tender.

بعد 2-3 أيام ، يظهر الاندفاع كمجموعات من الحويصلات على قاعدة حمامية داخل توزيع العصب الحسي. تصبح الحويصلات بثرية وقشرة وتلتئم في غضون 2-4 أسابيع مع وجود ندبات. تتضخم الغدد الليمفاوية الإقليمية وتصبح مؤلمة.

 The eruption is almost invariably unilateral and usually affects one dermatome.

يكون الاندفاع من جانب واحد بشكل شبه دائم ويؤثر عادة على جلدي واحد.

 The thoracic (commonest), cervical, trigeminal and lumbosacral dermatomes are the most commonly affected.

الأمراض الجلدية الصدرية (الأكثر شيوعًا) وعنق الرحم وثلاثية التوائم والقطنية العجزية هي الأكثر شيوعًا للإصابة.

 Recurrence of the disease is very rare as one attack gives permanent immunity.

من النادر جدا تكرار المرض حيث أن هجوم واحد يعطي مناعة دائمة.

Plane warts (flat warts). They are smooth, flat or slightly elevated lesions and are usually skin-colored or greyish yellow. The lesions vary from 1-5 mm. The face and back of the hands are the sites of predilection. New warts may form at

ثآليل الطائرة (الثآليل المسطحة). هي آفات ناعمة أو مسطحة أو مرتفعة قليلاً وعادة ما تكون بلون الجلد أو أصفر مائل للرمادي. الآفات تختلف من 1-5 ملم. الوجه وظهر اليدين هي مواقع الميول. قد تتشكل الثآليل الجديدة في

the site of trauma (Koebner's Phenomenon).

موقع الصدمة (ظاهرة كوبنر).

Filiform warts.

الثآليل الشائكة.

Digitiform warts.

الثآليل الرقمية.

Plantar warts. These affect the sole of the foot especially the pressure points and presented as sharply defined, rounded, slightly elevated lesions with a rough keratotic surface. Pain is a common symptom.

الثآليل الأخمصية. تؤثر هذه على نعل القدم خاصة نقاط الضغط وتظهر على أنها آفات محددة بشكل حاد ومستديرة ومرتفعة قليلاً مع سطح متقرن خشن. الألم هو عرض شائع.

Anogenital warts (condylomata acuminata). Genital warts are the most common sexually transmitted disease. The wart is soft, pink, elongated and sometimes pedunculated. The lesions are usually multiple especially on moist surfaces. The sites of predilection are frenulum, corona and glans in men, the posterior fourchette in women and perianal area and groins in both sexes. Anogenital warts are usually asymptomatic, but sometimes can cause discomfort, discharge or bleeding. They are closely linked with cervical carcinoma. The lesions should

الثآليل التناسلية (اللقمة المؤنف). الثآليل التناسلية هي أكثر الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي شيوعًا. الثؤلول ناعم ، وردي ، ممدود وأحيانًا معنق. عادة ما تكون الآفات متعددة خاصة على الأسطح الرطبة. مواقع الميل هي اللجام ، الهالة والحشفة عند الرجال ، والأربع الخلفي عند النساء والمنطقة حول الشرج والأربية في كلا الجنسين. عادة ما تكون الثآليل الشرجية التناسلية بدون أعراض ، ولكن في بعض الأحيان يمكن أن تسبب عدم الراحة أو الإفرازات أو النزيف. ترتبط ارتباطًا وثيقًا بسرطان عنق الرحم. يجب أن تكون الآفات

Ophthalmic zoster (Herpes zoster ophthalmicus) Herpes zoster may affect any of the divisions of the trigeminal nerve, but the ophthalmic division is the most frequently involved. Ocular involvement is most commonly in the form of uveitis and keratitis.

النطاقي العيني (الهربس النطاقي العيني) قد يؤثر الهربس النطاقي على أي من انقسامات العصب ثلاثي التوائم ، ولكن الانقسام العيني هو الأكثر إصابة. تكون إصابة العين أكثر شيوعًا في شكل التهاب القزحية والتهاب القرنية.

Ramsay-Hunt syndrome

متلازمة رامزي هانت

It is due to involvement of the geniculate ganglion and

ويرجع ذلك إلى تورط العقدة الركبية و

constitutes vesicles on the external ear, facial palsy and auditory symptoms as tinnitus, deafness and vertigo.

تشكل حويصلات على الأذن الخارجية وشلل الوجه وأعراض سمعية مثل طنين الأذن والصمم والدوار.

Complications

المضاعفات

Post-herpetic neuralgia. It is the commonest and the most intractable complication of herpes zoster. It can be defined as the persistence of pain more than one month after the onset of the disease.

ألم عصبي ما بعد الهربس. إنه أكثر مضاعفات الهربس النطاقي شيوعًا واستعصاءً على الحل. يمكن تعريفه على أنه استمرار الألم بعد أكثر من شهر من ظهور المرض.

Ocular complications.

مضاعفات بصرية.

 Secondary bacterial infection and gangrene.

- انتان جرثومي ثانوي وغرغرينا.

Encephalitis.

التهاب الدماغ.

Facial palsy.

شلل الوجه.

Treatment

علاج

Topical treatment

العلاج الموضعي

▪ As for herpes simplex.

▪ أما بالنسبة للهربس البسيط.

Systemic treatment

العلاج الجهازي

1.Analgesics for pain.

1- المسكنات للألم.

2.Antibiotics for secondary bacterial infection.

2- المضادات الحيوية للعدوى البكتيرية الثانوية.

3.Acyclovir and the newer antivirals e.g. valacyclovir and famciclovir are used in severe cases.

3- الأسيكلوفير ومضادات الفيروسات الأحدث مثل: يتم استخدام فالاسيكلوفير وفامسيكلوفير في الحالات الشديدة.

Warts (Verrucae)

الثآليل (الثآليل)

Mode of transmission and Clinical types. Warts are common contagious cutaneous growths caused by Human papilloma virus (HPV). Warts spread by direct or indirect contact. Trauma and maceration greatly predispose to inoculation of the virus.

طريقة الانتقال والأنواع السريرية. الثآليل هي أورام جلدية معدية شائعة يسببها فيروس الورم الحليمي البشري (HPV). تنتشر الثآليل عن طريق الاتصال المباشر أو غير المباشر. الصدمة والنقع يؤهبان بشكل كبير لتلقيح الفيروس.

Common warts. They appear as papules with rough, horny surface. The lesions are usually symptomless.

الثآليل الشائعة. تظهر على شكل حطاطات ذات سطح خشن مقرن. عادة ما تكون الآفات بلا أعراض.

be differentiated from condylomata lata of syphilis.

أن تكون متمايزة عن اللقمة العريضة لمرض الزهري.

1)Chemical treatment: Salicylic acid 15-20%.

1) المعالجة الكيميائية: حمض الساليسيليك 15-20٪.

Podophyllin 10-25% for C. Acuminata.

بودوفيلين 10-25٪ لـ C. أكوميناتا.

Formalin 2-3% for plantar warts.

فورمالين 2-3٪ للثآليل الأخمصية.

Imoqumod (aldara) for C. Acuminata.

مقومود (الدارا) ل C. Acuminata.

2)Electrocautery.

2) الكي الكهربائي.

3)Cryotherapy.

3) العلاج بالتبريد.

4)Laser therapy.

4) العلاج بالليزر.

Molluscum contagiosum

المليساء المعدية

It caused by Molluscum contagiosum virus. Transmission of the disease is by direct contact.

يسببه فيروس المليساء المعدية. انتقال المرض عن طريق الاتصال المباشر.

The characteristic lesion is a smooth pearly white, hemispherical, umbilicated papule, which on squeezing a white cheesy material can be expressed. It averages 3-5 mm in diameter. The lesions are usually multiple and occur mainly on the face, trunk and extremities.

الآفة المميزة هي حطاطة بيضاء لؤلؤية ناعمة نصف كروية يمكن التعبير عنها عند عصر مادة جبنية بيضاء. يبلغ متوسط قطرها 3-5 مم. عادة ما تكون الآفات متعددة وتحدث بشكل رئيسي على الوجه والجذع والأطراف.

Treatment

علاج

Spontaneous disappearance of the lesions may occur.

قد يحدث اختفاء تلقائي للآفات.

Curettage and diathermy.

التنظيف والإنفاذ الحراري.

Expression of the contents of the lesion by squeezing with forceps.

- التعبير عن محتويات الآفة بالضغط بالملقط.

Salicylic acid 15-20%.

حمض الساليسيليك 15-20٪.

Cryotherapy. Laser therapy. - KOH 5%

العلاج بالتبريد. العلاج بالليزر. - KOH 5٪

@MinorScientificGroupC

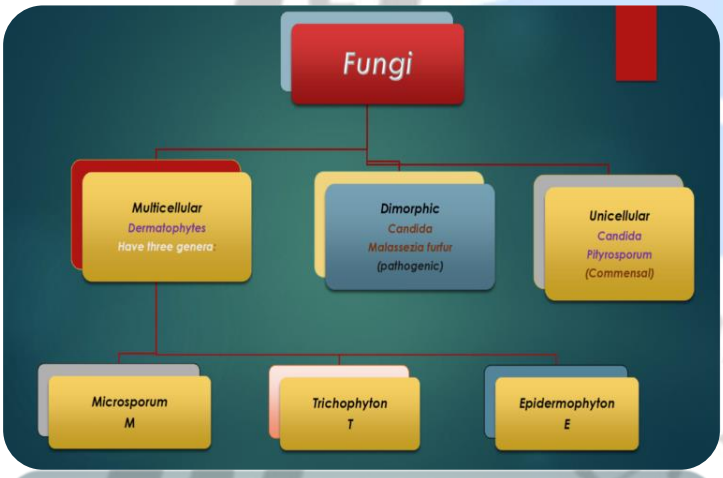
تضمين التغريدة

~ CUTANEOUS FUNGAL INFECTIONS

- The skin constitutes the main site of recognizable fungal infections in humans, and these infections can be divided into superficial or deep (systemic) infections. Superficial infections are restricted to the skin and its appendages, while deep infections (e.g. blastomycosis or mycetoma) are usually starting in the internal organs and involve skin secondarily.

Fungal infections may be caused by:

1) Dermatophytes, these are the causative fungi of superficial infections. They are classified into 3 genera: Microsporum, Trichophyton and Epidermophyton.
2) Yeasts e.g. Malassezia furfur (the cause of pityriasis versicolor), and candida albicans.



Source of infection.

- It may be from human (anthropophilic species), from animals e.g. cats, dogs (zoophilic species) and rarely from soil (geophilic species).

Clinical types of dermatophyte infections

According to the affected site, dermatophyte infections are classified into:

1. *Tinea capitis.*
2. *Tinea corporis or tinea circinata.*
3. *Tinea barbae.*
4. *Tinea cruris.*
5. *Tinea pedis.*
6. *Onychomycosis (fungus infection of the nails).*

Clinical Types

Ringworm infections are named according to the affected site:

Scalp → tinea capitis.
Body → tinea corporis or T. circinata.
Beard & mustache → tinea barbae.
Groin → tinea cruris.
Feet → tinea pedis.
Hands → tinea manuum.
Nails → tinea unguium or Onychomycosis.

Tinea capitis (Ringworm of the scalp)

- Tinea capitis is an infectious disease occurring chiefly in school children and is more frequent in boys than girls. The main causative fungi are Trichophyton violaceum and Microsporum canis and Trichophyton schoenleinii

Clinical Types:

1. Scaly ringworm.
2. Black-dot.
3. Kerion.
4. Favus.

Clinical picture:

1. Scaly type.

- It is characterized by single or multiple scaly patches, often circular in shape, and showing numerous broken-off (2-3 mm long) dull-grey (lustreless) hairs.
- **Differential diagnosis.**
  a) Psoriasis,
  b) seborrheic dermatitis,
  c) Pityriasis rubra pilaris.
  d) Tina capitis

2. Black-dot type.

- This type is characterized by bald patches with formation of black dots as the affected hair breaks at the surface of the scalp.
- Differential diagnosis
  a) Alopecia areata,
  b) Seborrheic dermatitis.
- In the scaly and black dot types healing usually occurs without scarring with normal growth of hairs.

3. Kerion.

- This inflammatory type is usually caused by animal types of fungi and presented as boggy indurated swellings with crusting and loose hairs. Follicles may be seen discharging pus. In extensive lesions, fever, pain, and regional lymphadenopathy may be present. Kerion may be followed by scarring and permanent alopecia.
- **Differential diagnosis**.
  a) Pyogenic abscess
  b) Impetigo.

4. Favus.

- It is caused by Trichophyton schoenleinii and is characterized by the presence of yellowish, cup-shaped crusts known as scutula . Each scutulum develops round a hair, which pierces it centrally. The scutula have a distinctive mousy odour. Cicatricial alopecia is usually found in long-standing cases.
- **Differential diagnosis**
  1. Psoriasis
  2. Seborrheic dermatitis (early stages)
  3. DLE
  4. Lichen planus (atrophic stage).

Modes of infection

- Direct contact with infected child.

~ CUTANEOUS FUNGAL INFECTIONS

~ الالتهابات الفطرية الجلدية

Beard & mustache → tinea barbae. Groin → tinea cruris.

اللحية والشارب → سعفة باربي. الإربية → سعفة الساق.

Feet → tinea pedis.

القدم → سعفة القدم.

Hands → tinea manuum.

اليدين → manuum سعفة.

Nails → tinea unguium or Onychomycosis.

الأظافر → سعفة الظفر أو فطار الأظافر.

The skin constitutes the main site of recognizable fungal infections in humans, and these infections can be divided into superficial or deep (systemic) infections. Superficial infections are restricted to the skin and its appendages, while deep infections (e.g. blastomycosis or mycetoma) are usually starting in the internal organs and involve skin secondarily.

يشكل الجلد الموقع الرئيسي للعدوى الفطرية التي يمكن التعرف عليها عند البشر ، ويمكن تقسيم هذه العدوى إلى عدوى سطحية أو عميقة (جهازية). تقتصر العدوى السطحية على الجلد وملاحقه ، بينما تبدأ العدوى العميقة (مثل داء الفطريات أو الورم الفطري) عادةً في الأعضاء الداخلية وتشمل الجلد بشكل ثانوي.

Fungal infections may be caused by:

قد تحدث الالتهابات الفطرية بسبب:

1) Dermatophytes, these are the causative fungi of superficial infections. They are classified into 3 genera: Microsporum, Trichophyton and Epidermophyton.

1) الفطريات الجلدية ، وهي الفطريات المسببة للفطريات السطحية الالتهابات. يتم تصنيفها إلى 3 أجناس: Microsporum و Trichophyton و Epidermophyton.

2) Yeasts e.g. Malassezia furfur (the cause of pityriasis versicolor), and candida albicans.

2) الخمائر على سبيل المثال Malassezia furfur (سبب النخالية المبرقشة) ، والمبيضات البيضاء.

Tinea capitis (Ringworm of the scalp) Tinea capitis is an infectious disease occurring chiefly in school children and is more frequent in boys than girls. The main causative fungi are Trichophyton violaceum and Microsporum canis and Trichophyton schoenleinii

سعفة الرأس (سعفة فروة الرأس) التهاب سعفة الرأس هو مرض معدي يحدث بشكل رئيسي في أطفال المدارس وهو أكثر شيوعًا في الأولاد منه لدى الفتيات. الفطريات المسببة الرئيسية هي Trichophyton violaceum و Microsporum canis و Trichophyton schoenleinii

Clinical Types:

الأنواع السريرية:

1.Scaly ringworm.

1- القوباء الحلقية المتقشرة.

2.Black-dot.

2- النقطة السوداء.

3.Kerion.

3. كيريون.

4.Favus.

4-فافوس.

Clinical picture:

الصورة السريرية:

1.Scaly type.

1. نوع التقشر.

It is characterized by single or multiple scaly patches,

يتميز ببقع متقشرة مفردة أو متعددة ،

often circular in shape, and showing numerous broken-off

غالبًا ما يكون دائري الشكل ، ويظهر العديد من القطع المكسورة

(2-3 mm long) dull-grey (lustreless) hairs.

(2-3 مم) شعر رمادي باهت (لامع).

Differential diagnosis.

التشخيص التفاضلي.

a)Psoriasis,

أ) الصدفية ،

b)seborrheic dermatitis,

ب) التهاب الجلد الدهني ،

c)Pityriasis rubra pilaris.

ج) النخالية rubra pilaris.

d)Tina capitis

د) تينا كابيتيس

2.Black-dot type.

2-نوع النقطة السوداء.

This type is characterized by bald patches with formation

يتميز هذا النوع ببقع صلعاء مع تشكيل

of black dots as the affected hair breaks at the surface of

من النقاط السوداء حيث يتكسر الشعر المصاب على سطح

the scalp.

فروة الرأس.

Differential diagnosis

التشخيص التفاضلي

a)Alopecia areata,

أ) داء الثعلبة ،

b)Seborrheic dermatitis.

ب) التهاب الجلد الدهني.

In the scaly and black dot types healing usually occurs

يحدث الشفاء عادة في أنواع النقاط المتقشرة والسوداء

without scarring with normal growth of hairs.

بدون تندب مع النمو الطبيعي للشعر.

Source of infection.

مصدر العدوى.

It may be from human (anthropophilic species), from animals e.g. cats, dogs (zoophilic species) and rarely from soil (geophilic species).

قد يكون من البشر (الأنواع المحبة للأنثروبوفيليك) ، من الحيوانات على سبيل المثال. القطط والكلاب (الأنواع الحيوانية) ونادرًا ما تكون من التربة (الأنواع الجيوفيلية).

Clinical types of dermatophyte infections

الأنواع السريرية لعدوى الفطريات الجلدية

According to the affected site, dermatophyte infections are classified into:

وفقًا للموقع المصاب ، تصنف عدوى الفطريات الجلدية إلى:

1.Tinea capitis.

1- التهاب سعفة الرأس.

2.Tinea corporis or tinea circinata.

2 - سعفة الجسد أو سعفة الحلق.

3.Tinea barbae.

3 - سعفة باربي.

6.Onychomycosis (fungus infection of the nails).

6- داء فطريات الأظافر (عدوى فطرية في الأظافر).

Clinical Types

الأنواع السريرية

Ringworm infections are named according to the affected site: Scalp → tinea capitis.

تتم تسمية عدوى السعفة وفقًا للموقع المصاب: فروة الرأس ← سعفة الرأس.

Body → tinea corporis or T. circinata.

الجسم → سعفة الجسم أو T. circinata.

This inflammatory type is usually caused by animal types of fungi and presented as boggy indurated swellings with crusting and loose hairs. Follicles may be seen

يحدث هذا النوع الالتهابي عادة بسبب أنواع من الفطريات الحيوانية ويتم تقديمه على شكل انتفاخات متعرجة مع تقشر وشعر متقشر. يمكن رؤية البصيلات

discharging pus. In extensive lesions, fever, pain, and regional lymphadenopathy may be present. Kerion may be followed by scarring and permanent alopecia.

تفريغ القيح. في الآفات الواسعة ، قد تظهر الحمى والألم واعتلال العقد اللمفية الموضعي. قد يتبع كيريون تندب وثعلبة دائمة.

a)Pyogenic abscess

أ) الخراج القيحي

b)Impetigo.

ب) القوباء.

It is caused by Trichophyton schoenleinii and is

تسببه Trichophyton schoenleinii وهو

characterized by the presence of yellowish, cup-shaped crusts known as scutula . Each scutulum develops round a hair, which pierces it centrally. The scutula have a

تتميز بوجود قشور صفراء على شكل كوب تعرف باسم سكوتولا. يتطور كل شعرة حول الشعرة ، والتي تخترقها مركزيًا. سكوتولا لها

distinctive mousy odour. Cicatricial alopecia is usually found in long-standing cases.

رائحة موس مميزة. عادة ما توجد الثعلبة الندبية في الحالات طويلة الأمد.

1.Psoriasis

1- الصدفية

2.Seborrheic dermatitis (early stages) 3.DLE

2. التهاب الجلد الدهني (المراحل المبكرة) DLE.3

4.Lichen planus (atrophic stage).

4- الحزاز المسطح (مرحلة ضامرة).

Modes of infection

طرق العدوى

Direct contact with infected child.

الاتصال المباشر بطفل مصاب.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

- Indirect through the use of patient's fomities e.g. brushes and caps.

Diagnosis

1. Clinical picture.
2. Wood's light.
3. Direct microscopic examination of the infected hair and scales using 10-20% potassium hydroxide (KOH) to demonstrate the fungal spores.
4. Culture on Sabouraud's medium.

Wood lamp examination of a gray-patch area on the scalp. In Microsporum canis infection, scalp hairs emit a diagnostic brilliant green fluorescence. Trichophyton tonsurans does not fluoresce with Wood lamp.

Treatment

Topical treatment

- Topical therapy has little place in the management of tinea capitis except as an adjunct to oral therapy. The main topical preparations are:
  a) Whitfield's ointment.
  b) Imidazoles, e.g. clotrimazole, econazole, ketoconazole.
- Allylamines, e.g. terbinafine.

Systemic treatment

1. Griseofulvin, 10 mg/kg/day for at least 6 weeks and 8 weeks in favus.
2. Itraconazole, fluconazole and terbinafine are used only in selected cases.

Tinea corporis (Tinea circinata)

- Tinea corporis is the ringworm infection of the glabrous skin. It commonly involves the exposed skin. The disease is more common in children.
- The lesions are characteristically circular, sharply circumscribed, erythematous and scaly. The edge of the lesion is usually elevated and more inflamed than the center (raised active edge).
- Progressive central clearing produces annular lesions.
- **Differential diagnosis.**
  a) Pityriasis rosea,
  b) circinate impetigo
  c) discoid eczema.

Treatment

- When one or two patches occur, topical treatment for 2-4 weeks is sufficient but extensive disease may require systemic antifungals.

Tinea barbae

- Ringworm of the beard and mustache area.
- Tinea barbae is a disease of adults especially those in contact with farm animals. The lesion may be presented as kerion or as tinea circinata and mostly unilateral .

Treatment

- Like tinea capitis, oral and topical antifungals are required to cure tinea barbae.

Tinea cruris

- Tinea cruris occurs mostly in men on the upper and inner surfaces of the thighs, especially during the hot summer months. It begins as a small erythematous and scaling patch that spreads peripherally and partly clears in the center. The edge of the lesion is usually well defined and may have vesicles, pustules or papules. Itching is common in tinea cruris.
- **Differential diagnosis**
  a) Erythrasma
  b) Seborrhoeic dermatitis
  c) Flexural psoriasis
  d) Candidal intertrigo.

Treatment

- The area should be kept as dry as possible by the wearing of loose underclothing, antifungal powders are also helpful.
- Specific topical and oral antifungals as those for tinea corporis.

Tinea pedis

- It is also called athlete's foot. It is more common in adults, and more in males. The wearing of shoes, communal showers and swimming baths, and hyperhidrosis are important predisposing factors. T. pedis is due to Trichophyton (T.) rubrum ,T. interdigitale, previously called T. mentagrophytes var. interdigitale ,Epidermophyton floccosum

Clinical varieties

1. **Interdigital variety**. It is the commonest form of tinea pedis and characterized by peeling, maceration and fissuring affecting the lateral toe clefts, and sometimes spreading to involve the undersurface of the toes.
2. **Squamous hyperkeratotic variety**. This variety is very chronic and resistant to treatment and characterized by erythema and scaling that may involve the entire sole and sides of the foot.
3. **Vesiculobullous variety**. It is characterized by acute vesicular or bullous eruption that may involve the entire sole.

- In tinea pedis, the patient may complain of itching, bad smell, and secondary bacterial infection.

Treatment

- Dry the feet thoroughly after bathing.
- Antifungal powder on the feet for susceptible persons.
- Topical antifungals for mild cases.
- Systemic antifungals for extensive and chronic cases.

Onychomycosis (Tinea unguium)

- In onychomycosis, the nailplate becomes thickened, discolored, and cracked with accumulation of subungual hyperkeratosis. A later phase of invasion may lead to onycholysis and massive destruction of the nailplate.

Clinically the nails may show :

1. Discoloration.
2. Thickening.
3. Cracking.
4. Subungular hyperkeratosis.
5. Onycholysis (separation of nail from its base).

Treatment

- Onychomycosis is generally treated by oral antifungals.

Pityriasis versicolor (T.V)

- Pityriasis versicolor is a chronic fungal infection of the skin caused by the yeast Malassezia furfur which is one of the

Indirect through the use of patient's fomities e.g. brushes and caps.

غير المباشر من خلال استخدام فوم المريض على سبيل المثال الفرش والقبعات.

Diagnosis

تشخيص

1.Clinical picture.

1. الصورة السريرية.

2.Wood's light.

2. ضوء الخشب.

3.Direct microscopic examination of the infected hair and scales using 10-20% potassium hydroxide (KOH) to demonstrate the fungal spores.

3- الفحص المجهري المباشر للشعر المصاب والقشور باستخدام 10-20٪ هيدروكسيد البوتاسيوم (KOH) لاظهار الجراثيم الفطرية.

4.Culture on Sabouraud's medium.

4. الثقافة على وسيط Sabouraud.

patch that spreads peripherally and partly clears in the center. The edge of the lesion is usually well defined and may have vesicles, pustules or papules. Itching is

التصحيح الذي ينتشر محيطيًا ويمسح جزئيًا في الوسط. عادة ما تكون حافة الآفة محددة جيدًا وقد تحتوي على حويصلات أو بثرات أو حطاطات. الحكة

common in tinea cruris.

شائع في سعفة الكرور.

Differential diagnosis

التشخيص التفاضلي

a)Erythrasma

أ) إريثرازما

b)Seborrhoeic dermatitis

ب) التهاب الجلد الدهني

c)Flexural psoriasis

ج) الصدفية الانحناء

d)Candidal intertrigo.

د) الثنيات المبيضات.

Wood lamp examination of a gray-patch area on the scalp. In Microsporum canis infection, scalp hairs emit a diagnostic brilliant green fluorescence. Trichophyton tonsurans does not fluoresce with Wood lamp.

فحص مصباح الخشب لمنطقة رمادية على فروة الرأس. في عدوى Microsporum canis ، تصدر شعر فروة الرأس تألقًا أخضرًا رائعًا للتشخيص. لا يتألق Trichophyton tonurans بمصباح الخشب.

Treatment

علاج

Topical treatment

العلاج الموضعي

▪ Topical therapy has little place in the management of tinea capitis except as an adjunct to oral therapy. The main topical preparations are:

▪ لا مكان للعلاج الموضعي في إدارة سعفة الرأس إلا كعامل مساعد للعلاج الفموي.
المستحضرات الموضعية الرئيسية هي:

a)Whitfield's ointment.

أ) مرهم ويتفيلد.

b)Imidazoles, e.g. clotrimazole, econazole, ketoconazole.

ب) إيميدازول ، على سبيل المثال كلوتريمازول ، إيكونازول ، كيتوكونازول.

▪ Allylamines, e.g. terbinafine.

▪ الأليلامين ، على سبيل المثال تيربينافين.

Systemic treatment

العلاج الجهازي

1.Griseofulvin, 10 mg/kg/day for at least 6 weeks and 8 weeks in favus.

10.1 ، Griseofulvin مجم / كجم / يوم لمدة 6 أسابيع على الأقل و 8 أسابيع في القراع.

2.Itraconazole, fluconazole and terbinafine are used only in selected cases.

2- يتم استخدام الإيتراكونازول والفلوكونازول والتيربينافين فقط في حالات مختارة.

Tinea corporis (Tinea circinata)

سعفة الجسم (Tinea circinata)

Tinea corporis is the ringworm infection of the glabrous skin. It commonly involves the exposed skin. The disease is more common in children.

سعفة الجسم هي عدوى السعفة التي تصيب الجلد اللامع. عادة ما يصيب الجلد المكشوف. المرض أكثر شيوعًا عند الأطفال.

The lesions are characteristically circular, sharply

الآفات دائرية بشكل مميز ، حادة

circumscribed, erythematous and scaly. The edge of the lesion is usually elevated and more inflamed than the center (raised active edge).

مقيدة ، حمامية ومتقشرة. عادة ما تكون حافة الآفة مرتفعة وأكثر التهابًا من المركز (الحافة النشطة المرتفعة).

Progressive central clearing produces annular lesions. Differential diagnosis.

المقاصة المركزية التقدمية تنتج آفات حلقية. التشخيص التفاضلي.

a)Pityriasis rosea,

أ) النخالية الوردية ،

b)circinate impetigo

ب) القوباء المنتشرة

c)discoid eczema.

ج) الأكزيما القرصية.

When one or two patches occur, topical treatment for 2-4 weeks is sufficient but extensive disease may require systemic antifungals.

عند ظهور رقعة واحدة أو اثنتين ، يكون العلاج الموضعي لمدة 2-4 أسابيع كافياً ولكن المرض الواسع قد يتطلب مضادات الفطريات الجهازية.

Tinea barbae

سعفة باربي

Ringworm of the beard and mustache area.

دودة القشرة في منطقة اللحية والشارب.

Tinea barbae is a disease of adults especially those in contact with farm animals. The lesion may be presented as kerion or as tinea circinata and mostly unilateral .

Tinea barbae هو مرض يصيب البالغين وخاصة أولئك الذين يتعاملون مع حيوانات المزرعة. قد تظهر الآفة على شكل تقرن أو سعفة دائرية وأحادية الجانب في الغالب.

Like tinea capitis, oral and topical antifungals are required to cure tinea barbae.

مثل سعفة الرأس ، مضادات الفطريات الفموية والموضعية مطلوبة لعلاج سعفة الرأس.

Tinea cruris

سعفة الكرور

Tinea cruris occurs mostly in men on the upper and inner surfaces of the thighs, especially during the hot summer months. It begins as a small erythematous and scaling

يحدث داء سعفة الساق في الغالب عند الرجال على الأسطح العلوية والداخلية للفخذين ، خاصة خلال أشهر الصيف الحارة. يبدأ على شكل حمامي صغير وقشور

The area should be kept as dry as possible by the wearing of loose underclothing, antifungal powders are also helpful.

يجب أن تبقى المنطقة جافة قدر الإمكان عن طريق ارتداء ملابس داخلية فضفاضة ، كما أن المساحيق المضادة للفطريات مفيدة أيضًا.

Specific topical and oral antifungals as those for tinea corporis.

مضادات الفطريات الموضعية والفموية المحددة مثل تلك الخاصة بالسعفة الجسدية.

Tinea pedis

سعفة القدم

▪ It is also called athlete's foot. It is more common in adults, and more in males. The wearing of shoes, communal showers and swimming baths, and hyperhidrosis are important predisposing factors. T. pedis is due to Trichophyton (T.) rubrum ,T. interdigitale, previously called T. mentagrophytes var.

▪ ويسمى أيضًا قدم الرياضي. وهو أكثر شيوعًا عند البالغين وأكثر عند الذكور. يعد ارتداء الأحذية والاستحمام الجماعي وحمامات السباحة وفرط التعرق من العوامل المؤهبة المهمة. T. Pedis يرجع إلى Trichophyton (T.) rubrum ، T. interdigitale ، والتي كانت تسمى سابقًا T. mentagrophytes var.

interdigitale ,Epidermophyton floccosum

interdigitale ، البشرة الندفية

Clinical varieties

الأصناف السريرية

1.Interdigital variety. It is the commonest form of tinea pedis and characterized by peeling, maceration and fissuring affecting the lateral toe clefts, and sometimes spreading to involve the undersurface of the toes.

1- التنوع بين الأصابع. وهو الشكل الأكثر شيوعًا لسعفة القدم ويتميز بالتقشير والنقع والتشققات التي تؤثر على شق إصبع القدم الجانبي ، وفي بعض الأحيان ينتشر ليشمل السطح السفلي من أصابع القدم.

2.Squamous hyperkeratotic variety. This variety is very chronic and resistant to treatment and characterized by erythema and scaling that may involve the entire sole and sides of the foot.

2-الصنف الحرفي مفرط التقرن. هذا الصنف مزمن للغاية ومقاوم للعلاج ويتسم بالحمامي والقشور التي قد تشمل كامل نعل وجوانب القدم.

3.Vesiculobullous variety. It is characterized by acute vesicular or bullous eruption that may involve the entire sole.

3.صنف حويصلي فقاعي. يتميز باندفاع حويصلي أو فقاعي حاد قد يشمل النعل بأكمله.

 In tinea pedis, the patient may complain of itching, bad smell, and secondary bacterial infection.

في سعفة القدم قد يشكو المريض من حكة ورائحة كريهة وعدوى بكتيرية ثانوية.

 Dry the feet thoroughly after bathing.

جفف القدمين جيداً بعد الاستحمام.

 Antifungal powder on the feet for susceptible persons.

مسحوق مضاد للفطريات على القدمين للأشخاص المعرضين للإصابة به.

 Topical antifungals for mild cases.

مضادات الفطريات الموضعية للحالات الخفيفة.

 Systemic antifungals for extensive and chronic cases.

مضادات الفطريات الجهازية للحالات الشديدة والمزمنة.

Onychomycosis (Tinea unguium)

فطار الأظافر (Tinea unguium)

 In onychomycosis, the nailplate becomes thickened, discolored, and cracked with accumulation of subungual hyperkeratosis. A later phase of invasion may lead to onycholysis and massive destruction of the nailplate.

في فطار الأظافر ، تصبح صفيحة الظفر سميكة ، ويتغير لونها ، وتتشقق مع تراكم فرط التقرن تحت الفطري. قد تؤدي مرحلة لاحقة من الغزو إلى انحلال الظفر وتدمير هائل لصفيحة الظفر.

Clinically the nails may show : 1.Discoloration.

سريريا قد تظهر الأظافر: 1. تغير اللون.

2.Thickening.

2-سماكة.

3.Cracking.

3. التكسير.

4.Subungular hyperkeratosis.

4-فرط التقرن تحت الجلد.

5.Onycholysis (separation of nail from its base).

5- انحلال الجلد (فصل الظفر عن قاعدته).

 Onychomycosis is generally treated by oral antifungals.

يتم علاج فطار الأظافر بشكل عام بمضادات الفطريات عن طريق الفم.

Pityriasis versicolor (T.V)

النخالية المبرقشة (T.V)

 Pityriasis versicolor is a chronic fungal infection of the skin caused by the yeast Malassezia furfur which is one of the

النخالية المبرقشة هي عدوى فطرية مزمنة تصيب الجلد تسببها خميرة Malassezia furfur التي تعد واحدة من

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

normal flora of the skin. The onset is more often in the warmer months of the year. The disease affects mainly young adults.

Clinical picture

- The patient usually complains only of a patchy and varying change of skin color, but mild irritation is sometimes noticed. The primary lesion is a sharply demarcated macule covered by fine branny scales. The lesions may coalesce to form large confluent areas, and scattered oval patches. The patches are yellowish or brownish in white skin and hypopigmented in dark skin.
- The sites of predilection are the chest, the upper arms, the abdomen, back, neck, and intertriginous areas. Relapse of the disease is very common.

Diagnosis of PV

- Clinical picture.
- Wood's light examination → yellow-brown fluorescence.
- Light microscopy of skin scrap from scales + KOH → mycelia and spores (spaghetti and meat-balls appearance).
- Culture: not necessary for diagnosis, but can done on Sabouraud's or special media →Yeast-like cells (only) with rare mycelia.

DD:

1. *Vitiligo.*
2. *Pityriasis rosea.*
3. *Seborrheic dermatitis.*
4. *Melasma.*
5. *Pityriasis alba.*
6. *Secondary syphilis.*

Treatment

- Topical antifungals daily for 2-3 weeks.
- Ketoconazole 2% shampoo.
- Selenium sulphide 2-5% shampoo.
- Sodium hyposulphite 20% solution.
- Oral ketoconazole, fluconazole and itraconazole are very effective but used only in selected cases.
- Oral terbinafine and griseofulvin are ineffective in the treatment of tinea versicolor.

Candidiasis

- Candidiasis is an infection caused by the yeast candida albicans, or occasionally by other species of candida. Candida albicans may be a normal inhibitant at various sites (gut, mouth and vagina) and able to behave as a pathogen only in the presence of impaired immune response, or in body folds (inframammary, axillary, inguinal, or vulvovaginal).
- Predisposing factors:
  a) Warmth, moisture and maceration of the skin.
  b) Drugs e.g. prolonged use of systemic corticosteroids, antibiotics, and immunosuppressives.
  c) Chronic debilitating diseases e.g. diabetes mellitus, lymphoma, and carcinoma.
  d) AIDS.

Clinical manifestations

- **Oral candidiasis (thrush)**. It is characterized by a sharply defined patch of creamy white pseudomembrane, when removed leaves an underlying erythematous base.
- **Perleche (angular cheilitis).** It is a maceration fissuring of angles of mouth.
- **Candidal vulvovaginitis.** The labia is erythematous, moist, and macerated and the cervix hyperemic, swollen, and eroded. The vaginal discharge is thick.
- **Candidal intertrigo.** It affects skin folds, especially in the obese subjects.
- **Napkin candidiasis.** The dermatitis is usually enhanced by the maceration produced by the wet diapers.
- **Candidal paronychia**. It occurs as cushion-like thickening of the paronychial tissue, erosions of the lateral borders of the nail, gradual thickening and discoloration of the nail plates, and development of transverse ridges. Candidal paronychia occurs usually in those whose hands are frequently in water e.g. housewives and cooks.

Treatment

- Topical nystatin.
- Topical imidazoles, as in the treatment of ringworm infections.
- Systemic treatment with ketoconazole, fluconazole or itraconazole.

Systemic therapies of fungi

Drug Oral	Disease and Dose: Ringworm	P. Versicolor	Candidiasis
Griseofulvin: Fulvin® Oral (tablet 125 mg Syrup125mg/5ml). After fatty meal. Metabolized in liver Fungistatic. Only for ringworm.	12.5 mg/kg/day: T. Capitis: 6-8 weeks. T. Corporis & cruris: for 2-6 week. T. Unguium: Fingers: 4- 6months. Toes: 6-12 months.	Not effective	Not Effective
Ketoconazole: Nizoral® Oral (tablets 200 mg). Met. In liver. Liver toxicity. Fungistatic. Broad spectrum.	One tab/day: T. capitis, corporis, cruris & pedis: for 2- 8 weeks. T. unguium: Fingers: 4- 6 months. Toes: 6 – 18 months	1 – 2 tab/day: for 5-10 days. Then 1 tab/day / 3 days each month for 3 - 6 Ms.	Vulvo-vaginitis: 2 tab/day for 5 days.

Drug Oral	Disease and Dose: Ringworm	P.versicolor	Candidiasis
Itraconazole: Sporanox® Oral capsules 100 mg. Met. In liver. Fungistatic. Broad spectrum.	T. capitis, cruris, pedis: 1 cap/ day for 15-30 days. T. unguium: 2cap/twice/daily (7 days each months for 3 Month)	2 cap. Daily for 5-10 days.	Vulvo-vaginitis.: 2 caps/twice/ for one day only.
4. Fluconazole: Diflucan® Oral: cap 50 &150 mg. Syrup: 25mg/5ml. Fungistatic . Broad spectrum.	T. capitis, cruris, pedis: 1cap weekly for 3-4 w. T. unguium: 1 cap/weekly for 6-9 months.	2 cap. Oral single dose. Repeated after 2 weeks.	Vulvo-vaginitis.: One cap oral single dose.
5. Terbinafine: Lamisil® Oral tab 125 & 250 mg. Met. In liver. Fungicidal. Broad spectrum.	T. cap, corporis, cruris & pedis: 1 tab (250mg) daily for 3-4 weeks. T. unguium: 1tab/day (250mg): Fingers: for 9 weeks. Toes: for 12 weeks.	Not effective	Not effective against candida albica

normal flora of the skin. The onset is more often in the Oral candidiasis (thrush). It is characterized by a sharply

الفلورا الطبيعية للجلد. تكون البداية في كثير من الأحيان في داء المبيضات الفموي (القلاع). يتميز بشكل حاد

warmer months of the year. The disease affects mainly young defined patch of creamy white pseudomembrane, when

أشهر السنة الأكثر دفئًا. يصيب المرض بشكل رئيسي رقعة صغيرة محددة من الغشاء الكاذب الأبيض الكريمي ، عندما

adults. removed leaves an underlying erythematous base.

الكبار. إزالة يترك قاعدة حمامية تحتها.

Clinical picture Perleche (angular cheilitis). It is a maceration fissuring of

الصورة السريرية: Perleche (التهاب الشفة الزاوي). إنه تشقق النقع

 The patient usually complains only of a patchy and varying angles of mouth.

عادة ما يشكو المريض فقط من زوايا متفاوتة في الفم.

change of skin color, but mild irritation is sometimes noticed. Candidal vulvovaginitis. The labia is erythematous, moist,

تغير لون الجلد ، ولكن في بعض الأحيان يلاحظ تهيج خفيف. التهاب الفرج والمهبل المبيضات. الشفرين حمامي رطب ،

The primary lesion is a sharply demarcated macule covered and macerated and the cervix hyperemic, swollen, and

الآفة الأولية عبارة عن بقعة محددة بشكل حاد مغطاة ومتقنة وتشتت عنق الرحم ومنتفخة و

by fine branny scales. The lesions may coalesce to form large eroded. The vaginal discharge is thick.

بواسطة موازين نخالة دقيقة. قد تتجمع الآفات لتشكل تآكلًا كبيرًا. الإفرازات المهبلية سميكة.

confluent areas, and scattered oval patches. The patches are Candidal intertrigo. It affects skin folds, especially in the

مناطق متكدسة ، وبقع بيضاوية متناثرة. البقع هي: المبيضات. يؤثر على ثنايا الجلد ، وخاصة في

yellowish or brownish in white skin and hypopigmented in obese subjects.

مصفر أو بني في الجلد الأبيض ونقص التصبغ في الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة.

dark skin. Napkin candidiasis. The dermatitis is usually enhanced by

بشرة داكنة. داء المبيضات منديل. عادة ما يتم تحسين التهاب الجلد

 The sites of predilection are the chest, the upper arms, the the maceration produced by the wet diapers.

أماكن الإصابة هي الصدر ، الذراعين ، النقع الناتج عن الحفاضات المبللة.

abdomen, back, neck, and intertriginous areas. Relapse of the Candidal paronychia. It occurs as cushion-like thickening

البطن والظهر والرقبة والمناطق بين الأعراق. انتكاس داحس المبيضات. يحدث كسماكة تشبه الوسادة

disease is very common. of the paronychial tissue, erosions of the lateral borders of the

المرض شائع جدا. من النسيج الداحس ، وتآكل الحدود الجانبية لل

Diagnosis of PV

تشخيص PV

 Clinical picture.

الصورة السريرية.

nail, gradual thickening and discoloration of the nail plates,

الظفر ، سماكة تدريجية وتغير لون ألواح الظفر ،

and development of transverse ridges. Candidal paronychia

وتطوير النتوءات المستعرضة. داحس المبيضات

 Wood's light examination → yellow-brown fluorescence. occurs usually in those whose hands are frequently in water

فحص وود للضوء ← مضان أصفر-بني. يحدث عادة في أولئك الذين تكون أيديهم في الماء بشكل متكرر

e.g. housewives and cooks.

على سبيل المثال ربات البيوت والطهاة.

 Light microscopy of skin scrap from scales + KOH → Treatment

الفحص المجهري الخفيف للخردة الجلدية من قشور + KOH → العلاج

mycelia and spores (spaghetti and meat-balls appearance). Topical nystatin.

الفطريات والجراثيم (مظهر معكرونة وكرات اللحم). نيستاتين موضعي.

 Culture: not necessary for diagnosis, but can done on Topical imidazoles, as in the treatment of ringworm

الزرع: ليس ضروريًا للتشخيص ، ولكن يمكن إجراؤه على إيميدازول موضعي ، كما هو الحال في علاج القوباء الحلقية.

Sabouraud's or special media → Yeast-like cells (only) with infections.

Sabouraud أو الوسائط الخاصة ← الخلايا الشبيهة بالخميرة (فقط) المصابة بالعدوى.

rare mycelia. Systemic treatment with ketoconazole, fluconazole or

نادرة mycelia. العلاج الجهازي بكيتوكونازول ، فلوكونازول أو

itraconazole.

إيتراكونازول.

1.Vitiligo.

1- البهاق.

2.Pityriasis rosea.

2- النخالية الوردية.

3.Seborrheic dermatitis.

3- التهاب الجلد الدهني.

4.Melasma.

4- الكلف.

5.Pityriasis alba.

5- النخالية ألبا.

6.Secondary syphilis.

6- مرض الزهري الثانوي.

Treatment

علاج

 Topical antifungals daily for 2-3 weeks.

مضادات الفطريات الموضعية يومياً لمدة 2-3 أسابيع.

 Ketoconazole 2% shampoo.

شامبو كيتوكونازول 2٪.

 Selenium sulphide 2-5% shampoo.

شامبو كبريتيد السيلينيوم بنسبة 2-5٪.

 Sodium hyposulphite 20% solution.

محلول هيبوسلفيت الصوديوم 20٪.

 Oral ketoconazole, fluconazole and itraconazole are very

الكيتوكونازول الفموي ، فلوكونازول وإيتراكونازول شديدة جدا

effective but used only in selected cases.

فعالة ولكنها تستخدم فقط في حالات مختارة.

 Oral terbinafine and griseofulvin are ineffective in the

تيربينافين الفموي وجريسوفولفين غير فعالين في

treatment of tinea versicolor.

علاج سعفة المبرقشة.

Ringworm

سعفة

Candidiasis

داء المبيضات

Candidiasis

داء المبيضات

 Candidiasis is an infection causedby the yeast candida albicans, or occasionally by other species of candida. Candida albicans may be a normal inhibitant at various sites (gut, mouth and vagina) and able to behave as a pathogen only in the presence of impaired immune response, or in body folds (inframammary, axillary, inguinal, or vulvovaginal).

داء المبيضات هو عدوى تسببها خميرة المبيضات البيضاء ، أو أحيانًا بسبب أنواع أخرى من المبيضات. قد تكون المبيضات البيضاء مثبطًا طبيعيًا في مواقع مختلفة (الأمعاء والفم والمهبل) وقادرة على التصرف كممرض فقط في حالة وجود ضعف في الاستجابة المناعية ، أو في طيات الجسم (تحت الثدي ، أو الإبط ، أو الأربية ، أو المهبل).

 Predisposing factors:

العوامل المؤهبة:

a) Warmth, moisture and maceration of the skin.

أ) دفء ورطوبة ونقع الجلد.

b) Drugs e.g. prolonged use of systemic corticosteroids, antibiotics, and immunosuppressives.

ب) المخدرات مثل الاستخدام المطول للكورتيكوستيرويدات الجهازية والمضادات الحيوية ومثبطات المناعة.

Chronic debilitating diseases e.g. diabetes mellitus, c)

أمراض موهنة مزمنة مثل داء السكري ، ج)

lymphoma, and carcinoma.

سرطان الغدد الليمفاوية والسرطان.

d) AIDS.

د) الإيدز.

Clinical manifestations

الاعراض المتلازمة

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

~ Tuberculosis of the skin

Classification

1. ***Inoculation tuberculosis (exogenous source)***
   a) *Tuberculous chancre (primary complex).*
   b) *Warty tuberculosis (tuberculosis verrucosa cutis).*
   c) *Lupus vulgaris (some).*

2. ***Secondary tuberculosis (endogenous source)***
   a) *Scrofuloderma.*
   b) *Orificial tuberculosis.*

3. ***Hematogenous tuberculosis***
   a) *Acute miliary tuberculosis.*
   b) *Lupus vulgaris (some).*
   c) *Tuberculous gumma.*

Lupus vulgaris

- Lupus vulgaris is the most common type of cutaneous tuberculosis and occurs in persons with a moderate or high degree of immunity.

Clinical picture

- Lupus vulgaris is most prevalent on the face, especially the cheeks, upper lip and nose. The characteristic lesion is a plaque composed of soft reddish brown nodules (apple jelly nodules) with tendency to heal in one area and progress in another. The disease is destructive, frequently causes ulceration, and on involution leaves deforming scars as it slowly spreads peripherally over the years. Active lesions frequently appear in scar tissue (unhealthy scar).

Complications

- Destruction of the underlying structures as nose or ear cartilage.
- Contraction may lead to ectropion or microstomia. Malignancy.

Diascopy test.

Scrofuloderma

- Scrofuloderma results from the involvement and breakdown of the skin overlying a tuberculous focus usually a lymph gland but sometimes an infected bone or joint.
- The process usually begins with a deep purplish induration of the skin overlying diseased lymphatic glands, which have been matted together. The glands break down and the resultant purulent and caseous exudates stretch the superimposed skin and form fistulae in it.
- Chronic discharging sinuses, ulcerations, granulations, crusts, hypertrophic scars and cicatricial bands result, and these combined conditions compose scrofuloderma.

Treatment

- A standard 6-month regimen for adults is now recommended. It includes the following 4 drugs:
- Isoniazid, 300 mg daily for the full 6 months.
- Rifampicin, 600 mg daily for the full 6 months.
- Pyrazinamide, 2-2.5 g daily for the first 2 months.
- Ethambutol, 15 mg/kg daily for the first 2 months.

~ Leprosy

- Leprosy (Hansen's disease) is a chronic, systemic infectious disease, affecting primarily the peripheral nerves and secondarily the skin, mucous membranes, the eye, bones and viscera.

Etiology

The causative agent of leprosy is the Mycobacterium leprae. It is usually contracted during childhood as adults are relatively non–susceptible. Both sexes are generally affected, lepromatous leprosy is more common among men.

Incubation period

2-5 years for tuberculoid and 8-12 years for lepromatous cases.

Mode of infection

Prolonged close contact of susceptible individuals to an open case of leprosy (untreated patients with multibacillary type with positive nasal smears) is very important. Nasal discharge from the highly infectious patients is the main source of infection in the community (droplet infection).

Classification

- Based on the clinical, bacteriologic, immunologic and histopathologic features, leprosy is classified into 5 types:
  1. *Tuberculoid leprosy (TT).*
  2. *Borderline tuberculoid leprosy (BT).*
  3. *Mid-borderline leprosy (BB).*
  4. *Borderline lepromatous leprosy (BL).*
  5. *Lepromatous leprosy (LL).*
  6. *A sixth type not included in the classification is the 'indeterminate' leprosy.*
- According to the results of slit - skin smears, leprosy is classified into two types:
  1. *Paucibacillary, with scanty or absent bacilli (TT, BT).*
  2. *Multibacillary, with numerous bacilli (BB, BL, LL).*

Diagnosis

1. Clinical .
2. Slit-skin smears.
3. Skin biopsy.
4. Nerve biopsy.
5. Lepromin test.

Tuberculoid leprosy

- This type affects only nerves and skin, and may be purely neural (neural leprosy).
- Cutaneous lesions are few, often solitary, with asymmetrical distribution and occur on the face, limbs or anywhere. The typical lesion is an erythematous plaque with raised and clear-cut edge sloping towards a flattened and hypopigmented centre. The surface of the lesion is usually dry (anhidrotic), hairless and anesthetic.
- Nerve involvement is usually marked and in a few nerves.
- The bacilli are usually absent in slit-skin smears.
- The histopathology shows tuberculoid granulomas composed of epithelioid cells surrounded by a zone of lymphocytes.
- Lepromin test is strongly positive.

~ Tuberculosis of the skin Classification

~ تصنيف السل الجلد

1.Inoculation tuberculosis (exogenous source) a)Tuberculous chancre (primary complex).

1- تلقيح السل (مصدر خارجي) أ) القرحة السلية (معقد أولي).

b)Warty tuberculosis (tuberculosis verrucosa cutis). c)Lupus vulgaris (some).

ب) السل الثؤلولي (السل الثؤلولي الجلدي). ج) الذئبة الشائعة (بعض).

2.Secondary tuberculosis (endogenous source) a)Scrofuloderma.

2-السل الثانوي (مصدر داخلي) أ) سكروفولوديرما.

b)Orificial tuberculosis.

ب) السل الاصطناعي.

3.Hematogenous tuberculosis a)Acute miliary tuberculosis.

3. السل الدموي أ) السل الدخني الحاد.

b)Lupus vulgaris (some).

ب) الذئبة الشائعة (بعض).

c)Tuberculous gumma.

ج) الصمغ السلي.

Lupus vulgaris

الذئبة الشائعه

 Lupus vulgaris is the most common type of cutaneous tuberculosis and occurs in persons with a moderate or high degree of immunity.

الذئبة الشائعة هي النوع الأكثر شيوعًا من السل الجلدي ويحدث عند الأشخاص ذوي المناعة المتوسطة أو العالية.

Clinical picture

الصورة السريرية

 Lupus vulgaris is most prevalent on the face, especially the cheeks, upper lip and nose. The characteristic lesion is a plaque composed of soft reddish brown nodules (apple jelly nodules) with tendency to heal in one area and progress in another. The disease is destructive, frequently causes ulceration, and on involution leaves deforming scars as it slowly spreads peripherally over the years. Active lesions frequently appear in scar tissue (unhealthy scar).

ينتشر مرض الذئبة الشائعه على الوجه وخاصة الخدين والشفة العليا والأنف. الآفة المميزة هي عبارة عن لويحة تتكون من عقيدات بنية حمراء ناعمة (عقيدات هلام التفاح) مع ميل للشفاء في منطقة والتقدم في منطقة أخرى. المرض مدمر ، ويسبب تقرحًا في كثير من الأحيان ، وعند الالتحام يترك ندوبًا مشوهة لأنه ينتشر ببطء محيطيًا على مر السنين. تظهر الآفات النشطة بشكل متكرر في النسيج الندبي (ندبة غير صحية).

Complications

المضاعفات

Destruction of the underlying structures as nose or ear

تدمير الهياكل الأساسية مثل الأنف أو الأذن

cartilage.

غضروف.

 Contraction may lead to ectropion or microstomia. Malignancy.

قد يؤدي الانكماش إلى شتر خارجي أو صغر الفم. خباثة.

Diascopy test.

اختبار التنظير.

Scrofuloderma

سكروفولوديرما

 Scrofuloderma results from the involvement and breakdown of the skin overlying a tuberculous focus usually a lymph gland but sometimes an infected bone or joint.

ينتج الجلد القشري عن تأثر وانهيار الجلد الذي يغطي بؤرة سليّة عادة غدة ليمفاوية ولكن في بعض الأحيان عظام أو مفصل مصاب.

 The process usually begins with a deep purplish induration of the skin overlying diseased lymphatic glands, which have been matted together. The glands break down and the resultant purulent and caseous exudates stretch the superimposed skin and form fistulae in it.

تبدأ العملية عادة بتصلب أرجواني عميق للجلد المغطى بالغدد الليمفاوية المريضة ، والتي تكون متماسكة معًا. تتفكك الغدد وتؤدي الإفرازات القيحية والجبنية الناتجة إلى تمدد الجلد المتراكب وتشكل النواسير فيه.

 Chronic discharging sinuses, ulcerations, granulations, crusts, hypertrophic scars and cicatricial bands result, and these combined conditions compose scrofuloderma.

ينتج عن ذلك تفريغ مزمن للجيوب الأنفية ، وتقرحات ، وحبيبات ، وقشور ، وندبات تضخمية وعصابات ندبية ، وهذه الحالات مجتمعة تشكل قشرة الجلد.

Treatment

علاج

 A standard 6-month regimen for adults is now recommended.

يوصى الآن بنظام قياسي لمدة 6 أشهر للبالغين.

It includes the following 4 drugs:

يشمل الأدوية الأربعة التالية:

 Isoniazid, 300 mg daily for the full 6 months.

إيزونيازيد 300 مجم يومياً لمدة 6 شهور كاملة.

 Rifampicin, 600 mg daily for the full 6 months.

ريفامبيسين 600 مجم يومياً لمدة 6 شهور كاملة.

 Pyrazinamide, 2-2.5 g daily for the first 2 months.

Pyrazinamide: 2-2.5 جرام يومياً لأول شهرين.

 Ethambutol, 15 mg/kg daily for the first 2 months.

إيثامبوتول 15 مجم / كجم يومياً لأول شهرين.

~Leprosy

~ الجذام

Leprosy (Hansen's disease) is a chronic, systemic infectious disease, affecting primarily the peripheral nerves and secondarily the skin, mucous membranes, the eye, bones and viscera.

الجذام (مرض هانسن) هو مرض معدي مزمن جهازي ، ويؤثر بشكل أساسي على الأعصاب المحيطية وثانيًا الجلد والأغشية المخاطية والعين والعظام والأحشاء.

Etiology

المسببات

The causative agent of leprosy is the Mycobacterium leprae. It is usually contracted during childhood as adults are relatively non–susceptible. Both sexes are generally affected, lepromatous leprosy is more common among men.

العامل المسبب للجذام هو المتفطرة الجذامية. عادة ما يتم الإصابة به أثناء الطفولة لأن البالغين غير معرضين نسبيًا للإصابة به. يتأثر كلا الجنسين بشكل عام ، والجذام الورمي أكثر شيوعًا بين الرجال.

Incubation period

فترة الحضانة

2-5 years for tuberculoid and 8-12 years for lepromatous cases.

2-5 سنوات لمرض السل و 8-12 سنة لحالات الجذام.

Mode of infection

طريقة الإصابة

Prolonged close contact of susceptible individuals to an open case of leprosy (untreated patients with multibacillary type with positive nasal smears) is very important. Nasal discharge from the highly infectious patients is the main source of infection in the community (droplet infection).

يعد الاتصال الوثيق المطول للأفراد المعرضين لحالة مفتوحة من الجذام (مرضى غير معالجين من النوع متعدد العصيات مع لطاخات أنف إيجابية) أمرًا مهمًا للغاية. إن إفرازات الأنف من المرضى المصابين بشدة العدوى هي المصدر الرئيسي للعدوى في المجتمع (عدوى الرذاذ).

Classification

تصنيف

Based on the clinical, bacteriologic, immunologic and

على أساس السريرية ، البكتريولوجية ، المناعية و

histopathologic features, leprosy is classified into 5 types: 1.Tuberculoid leprosy (TT).

السمات النسيجية المرضية ، يصنف الجذام إلى 5 أنواع: 1. الجذام السلي (TT).

2.Borderline tuberculoid leprosy (BT).

2- الجذام السلي الحدودي (BT).

3.Mid-borderline leprosy (BB).

3- الجذام المتوسط الحدودي (BB).

4.Borderline lepromatous leprosy (BL).

4- الجذام الورمي الحدودي (BL).

5.Lepromatous leprosy (LL).

5- الجذام الورمي.

6.A sixth type not included in the classification is the

6. النوع السادس غير المدرج في التصنيف هو

'indeterminate' leprosy.

الجذام "غير المحدد".

According to the results of slit - skin smears, leprosy is classified into two types:

وفقًا لنتائج المسحات الجلدية ، يصنف الجذام إلى نوعين:

1.Paucibacillary, with scanty or absent bacilli (TT,

1-باسيباسيلاري ، مع عصيات هزيلة أو غائبة (TT ،

2.Multibacillary, with numerous bacilli (BB, BL, LL).

2-متعدد العصيات ، مع العديد من العصيات (LL ، BL ، BB).

Diagnosis

تشخبص

1.Clinical .

1. السريرية.

2.Slit-skin smears.

2- مسحات الجلد المشقوق.

3.Skin biopsy.

3- خزعة الجلد.

4.Nerve biopsy.

4- خزعة العصب.

5.Lepromin test.

5- اختبار ليبرومين.

Tuberculoid leprosy

الجذام السلي

This type affects only nerves and skin, and may be purely neural (neural leprosy).

يؤثر هذا النوع على الأعصاب والجلد فقط ، وقد يكون عصبيًا بحتًا (الجذام العصبي).

Cutaneous lesions are few, often solitary, with asymmetrical distribution and occur on the face, limbs or anywhere. The typical lesion is an erythematous plaque with raised and clear-cut edge sloping towards a flattened and hypopigmented centre. The surface of the lesion is usually dry (anhidrotic), hairless and anesthetic.

الآفات الجلدية قليلة ، غالباً منفردة ، مع توزيع غير متماثل وتحدث على الوجه والأطراف أو في أي مكان. الآفة النموذجية هي عبارة عن لويحة حمامية ذات حافة بارزة وواضحة تنحدر نحو مركز مفلطح وناقص التصبغ. عادة ما يكون سطح الآفة جافًا (لا تعرق) ، خالي من الشعر ومخدر.

Nerve involvement is usually marked and in a few nerves. The bacilli are usually absent in slit-skin smears.

عادة ما يتم تمييز إصابة الأعصاب وفي أعصاب قليلة. عادة ما تكون العصيات غائبة في مسحات الجلد المشقوق.

The histopathology shows tuberculoid granulomas composed of epithelioid cells surrounded by a zone of lymphocytes.

يُظهر التشريح المرضي أورامًا حبيبية درنية تتكون من خلايا شبيهة بالظهارة محاطة بمنطقة من الخلايا الليمفاوية.

Lepromin test is strongly positive.

اختبار الليبرومين إيجابي بشدة.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

Lepromatous leprosy

- In this type, skin, nerves, mucous membranes, eyes, bones and internal organs are involved.
- Cutaneous lesions consist of macules, papules, infiltration or nodules (lepromas). They are numerous, bilateral, symmetrical, ill-defined with shiny surface. The sites commonly affected are the face, arms, legs and buttocks, but may be anywhere. Hair growth, sweating and sensation are not initially impaired over the lesions. Infiltration and deepening of the lines of the forehead lead to the characteristic "leonine facies" . The ear lobes may be infiltrated and thickened.
- A slow progressive loss of hair takes place from the outer third of the eyebrows, then the eyelashes.
- Mucous membranes are commonly involved in the form of papules, nodules and ulcerations. The nasal mucosa is hyperemic or ulcerated and bleeds easily; epistaxis is common. Perforation of the nasal septum with collapse of the nasal bridge and saddle-nose deformities may occur.
- Eye involvement is also common in the form of keratitis, iridocyclitis, pannus formation and corneal lepromas.
- Testicular atrophy causes infertility, impotence and gynecomastia.
- Nerve involvement is widespread but slight as it develops very slowly, and usually bilateral and symmetrical, unlike those of TT leprosy.
- The bacilli are usually abundant in slit- skin smears.
- Histopathology shows granulomatous lesions composed chiefly of bacillus-laden histiocytes (foam or lepra cells).
- Lepromin test is negative.

Borderline leprosy

- Skin lesions are intermediate in number between those of the two previous polar types. They may take the form of macules, plaques and annular lesions. Plaques with a "punched--out appearance" are characteristic of the mid-borderline type.
- Nerve involvement is early, affects several nerves and asymmetrical.
- Bacilli are present in slit-skin smears but less than in lepromatous leprosy.
- Histopathology shows mixed tuberculoid & lepromatous features.
- Lepromin test is weakly positive in BT, negative in BB and BL.

Reactions in Leprosy

- During the chronic course of leprosy, acute episodes (reactions) may occur. There are 2 main types of reactions, type 1 and type 2.

Type 1 reaction

- It occurs in borderline leprosy.
- It is due to the rapid change in cell - mediated immunity.
- Nerves become swollen and tender with loss of sensory and motor functions. Serious complications as facial palsy and dropped foot may occur.
- Existing skin lesions become erythematous, edematous and may ulcerate.

Type 2 reaction (erythema nodosum leprosum)

- It occurs in patients with LL and BL.
- It is an immune - complex disorder.
- ENL manifests as painful, red nodules on the face and extensor surfaces of limbs, and fading over several days.
- Fever and malaise are common and may be accompanied by uveitis, arthritis, lymphadenitis, myositis and orchitis.
- Nerve involvement is less than that of type 1 reaction.

Treatment

- The first- line antileprosy drugs are rifampicin (bactericidal) dapsone (weak bactericidal) and clofazimine (weak bactericidal and anti–inflammatory). The following is the recommended WHO multidrug therapy regimen.

1. ***Paucibacillary leprosy***
   - Rifampicin, 600 mg monthly supervised.
   - Dapsone, 100 mg daily self-administered.
   - Duration of treatment: at least 6 months.
2. ***Multibacillary leprosy***
   - Rifampicin, 600 mg monthly supervised.
   - Dapsone, 100 mg daily self-administered.
   - Clofazimine (Lamprene), 300 mg monthly supervised + 50 mg daily self-administered.
   - Duration of treatment: at least 2 years.

Treatment of reactions

- The antileprosy drugs should be continued without interruption.
- Rest, analgesics and anti-inflammatory drugs.
- Clofazimine in large doses (300 mg / day).
- Corticosteroids, used in moderate and severe cases.
- Thalidomide has a dramatic effect in controlling ENL but is teratogenic .

~ PARASITIC SKIN INFECTION

❖ Scabies

Scabies is a common contagious disease caused by infestation with a mite called *Sarcoptes scabiei*. The fertilized female parasite is responsible for the infestation. It invades the stratum corneum and forms a burrow where it deposits its eggs. These hatch to give larvae and continue the life cycle. The incubation period is 2 weeks.

Mode of infection:

1. Close contact with the patient.
2. Indirect, by using clothes or bed of the patient.
3. Contact with infected animals, as cats, dogs or rabbits.

Clinical picture:

- Severe itching, especially at night.
- The lesions consist of burrows, which are the primary and characteristic lesions of scabies. Burrows are skin-colored or grey curved ridges where the mite resides. Other lesions include papules, vesicles, pustules and scratch marks.
- Sites of predilection are: interdigital webs, sides of fingers, wrists, medial side of the forearms, elbows, cubital fossae, axillary folds, under the breasts and around the nipples (in females), around the umbilicus, lower abdomen, genitalia, buttocks, popliteal fossae, medial aspect of thighs and legs and around the ankles. Face and scalp are generally not affected. The interscapular region is usually free.

Lepromatous leprosy

الجذام الورمي

In this type, skin, nerves, mucous membranes, eyes, bones and internal organs are involved.

في هذا النوع ، يصاب الجلد ، والأعصاب ، والأغشية المخاطية ، والعينين ، والعظام ، والأعضاء الداخلية.

Cutaneous lesions consist of macules, papules, infiltration or nodules (lepromas). They are numerous, bilateral, symmetrical, ill-defined with shiny surface. The sites commonly affected are the face, arms, legs and buttocks, but may be anywhere. Hair growth, sweating and sensation are not initially impaired over the lesions. Infiltration and deepening

الآفات الجلدية تتكون من لطاخات ، حطاطات ، ارتشاح أو عقيدات (الجذام). فهي عديدة ، ثنائية ، متناظرة ، غير محددة بسطح لامع. المواقع التي تتأثر بشكل شائع هي الوجه والذراعين والساقين والأرداف ، ولكنها قد تكون في أي مكان. نمو الشعر والتعرق والإحساس لا يضعف في البداية على الآفات. تسلل وتعميق

of the lines of the forehead lead to the characteristic “leonine facies” . The ear lobes may be infiltrated and thickened.

تؤدي خطوط الجبهة إلى سمة "الوجوه الليونية" المميزة. قد يتم اختراق فصوص الأذن وتثخينها.

A slow progressive loss of hair takes place from the outer third of the eyebrows, then the eyelashes.

يحدث تساقط تدريجي بطيء للشعر من الثلث الخارجي للحاجبين ثم من الرموش.

Mucous membranes are commonly involved in the form of papules, nodules and ulcerations. The nasal mucosa is hyperemic or ulcerated and bleeds easily; epistaxis is common.

عادة ما تكون الأغشية المخاطية متورطة في شكل حطاطات وعقيدات وتقرحات. يكون الغشاء المخاطي للأنف مفرطًا أو متقرحًا وينزف بسهولة ؛ الرعاف شائع.

Perforation of the nasal septum with collapse of the nasal bridge and saddle-nose deformities may occur.

قد يحدث ثقب في الحاجز الأنفي مع انهيار جسر الأنف وتشوهات في السرج والأنف.

Eye involvement is also common in the form of keratitis, iridocyclitis, pannus formation and corneal lepromas.

إصابة العين شائعة أيضًا في شكل التهاب القرنية والتهاب القزحية والجسم الهدبي وتشكيل العضلة والجذام القرني.

Testicular atrophy causes infertility, impotence and gynecomastia.

يسبب ضمور الخصية العقم والعجز الجنسي والتثدي.

Nerve involvement is widespread but slight as it develops very slowly, and usually bilateral and symmetrical, unlike those of TT leprosy.

يعتبر التورط العصبي منتشرًا ولكنه طفيف لأنه يتطور ببطء شديد ، وعادة ما يكون ثنائيًا ومتماثلًا ، على عكس مرض الجذام TT.

The bacilli are usually abundant in slit- skin smears.

عادة ما تكون العصيات وفيرة في مسحات الجلد المشقوقة.

Histopathology shows granulomatous lesions composed chiefly of bacillus-laden histiocytes (foam or lepra cells).

يظهر علم أمراض الهيستوباثولوجيا آفات حبيبية تتكون أساسًا من المنسجات المحملة بالعصيات (الخلايا الرغوية أو الجذامية).

Lepromin test is negative.

اختبار الليبرومين سلبي.

ENL manifests as painful, red nodules on the face and extensor surfaces of limbs, and fading over several days.

تظهر ENL على شكل عقيدات حمراء مؤلمة على الوجه والأسطح الباسطة للأطراف ، وتتلاشى على مدار عدة أيام.

Fever and malaise are common and may be accompanied by uveitis, arthritis, lymphadenitis, myositis and orchitis.

الحمى والشعور بالضيق شائعان وقد يترافقان مع التهاب القزحية والتهاب المفاصل والتهاب العقد اللمفية والتهاب العضل والتهاب الخصية.

Nerve involvement is less than that of type 1 reaction.

تكون إصابة الأعصاب أقل من تفاعل النوع الأول.

Treatment

علاج

The first- line antileprosy drugs are rifampicin (bactericidal) dapsone (weak bactericidal) and clofazimine (weak bactericidal and anti–inflammatory). The following is the recommended WHO multidrug therapy regimen.

أدوية الخط الأول المضادة للجذام هي ريفامبيسين (مبيد للجراثيم) دابسون (مبيد للجراثيم ضعيف) وكلوفازيمين (مبيد للجراثيم ومضاد للالتهابات ضعيف). فيما يلي نظام العلاج متعدد الأدوية الموصى به لمنظمة الصحة العالمية.

1.Paucibacillary leprosy

1- الجذام القاسي

Rifampicin, 600 mg monthly supervised.

ريفامبيسين ، 600 مجم تحت الإشراف.

Dapsone, 100 mg daily self-administered.

دابسون ، 100 ملغ تعطى ذاتياً يومياً.

Duration of treatment: at least 6 months.

مدة العلاج: 6 شهور على الأقل.

2.Multibacillary leprosy

2- الجذام متعدد العصيات

Clofazimine (Lamprene), 300 mg monthly supervised + 50 mg daily self-administered.

كلوفازيمين (لامبرين) ، 300 مجم تحت الإشراف الشهري + 50 مجم ذاتيًا يوميًا.

Duration of treatment: at least 2 years.

مدة العلاج: سنتان على الأقل.

Treatment of reactions

علاج ردود الفعل

The antileprosy drugs should be continued without interruption.

يجب الاستمرار في تناول الأدوية المضادة للجذام دون انقطاع.

Rest, analgesics and anti-inflammatory drugs.

الراحة والمسكنات والأدوية المضادة للالتهابات.

Clofazimine in large doses (300 mg / day).

كلوفازيمين بجرعات كبيرة (300 ملغ / يوم).

Corticosteroids, used in moderate and severe cases.

الكورتيكوستيرويدات ، وتستعمل في الحالات المتوسطة والشديدة.

Thalidomide has a dramatic effect in controlling ENL but is teratogenic .

الثاليدومايد له تأثير كبير في السيطرة على ENL ولكنه ماسخ.

Borderline leprosy

الجذام الحدودي

Skin lesions are intermediate in number between those of the two previous polar types. They may take the form of macules, plaques and annular lesions. Plaques with a “punched--out appearance” are characteristic of the mid-borderline type.

الآفات الجلدية متوسطة العدد بين النوعين القطبين السابقين. قد تأخذ شكل لطاخات ، لويحات وآفات حلقية. تعتبر اللوحات ذات "المظهر المثقوب للخارج" من سمات نوع الخط الحدودي الأوسط.

Nerve involvement is early, affects several nerves and asymmetrical.

إصابة الأعصاب مبكرة ، تؤثر على عدة أعصاب وغير متناظرة.

Bacilli are present in slit-skin smears but less than in lepromatous leprosy.

توجد العصيات في مسحات الجلد المشقوق ولكنها أقل من تلك الموجودة في الجذام الورمي.

Histopathology shows mixed tuberculoid & lepromatous features.

يُظهِر التشريح المرضي ميزات مختلطة من السل والجذام.

Lepromin test is weakly positive in BT, negative in BB and BL.

اختبار الليبرومين إيجابي ضعيف في BT ، وسلبي في BB و BL.

Reactions in Leprosy

ردود الفعل في مرض الجذام

During the chronic course of leprosy, acute episodes (reactions) may occur. There are 2 main types of reactions, type 1 and type 2.

قد تحدث نوبات (تفاعلات) حادة خلال المسار المزمن للجذام. هناك نوعان رئيسيان من التفاعلات ، النوع 1 والنوع 2.

Type 1 reaction

نوع 1 رد فعل

It occurs in borderline leprosy.

يحدث في الجذام الحدودي.

It is due to the rapid change in cell - mediated immunity. Nerves become swollen and tender with loss of sensory and motor functions. Serious complications as facial palsy and dropped foot may occur.

يرجع ذلك إلى التغير السريع في المناعة الخلوية. تصبح الأعصاب منتفخة ومؤلمة مع فقدان الوظائف الحسية والحركية. قد تحدث مضاعفات خطيرة مثل شلل الوجه وسقوط القدم.

Existing skin lesions become erythematous, edematous and may ulcerate.

الآفات الجلدية الموجودة تصبح حمامية وذمة وقد تتقرح.

Type 2 reaction (erythema nodosum leprosum) It occurs in patients with LL and BL.

تفاعل النوع 2 (الحمامي العقدي الجذامي) يحدث في المرضى الذين يعانون من LL و BL.

It is an immune - complex disorder.

وهو اضطراب مناعي معقد.

~ PARASITIC SKIN INFECTION

~ التهاب الجلد الطفيلي

Scabies

الجرب

Scabies is a common contagious disease caused by infestation with a mite called Sarcoptes scabiei. The fertilized female parasite is responsible for the infestation. It invades the stratum corneum and forms a burrow where it deposits its eggs. These hatch to give larvae and continue the life cycle. The incubation period is 2 weeks.

الجرب هو مرض معدي شائع ينتج عن الإصابة بعث يسمى Sarcoptes scabiei. الطفيل الأنثوي المخصب هو المسؤول عن الإصابة. تغزو الطبقة القرنية وتشكل جحرًا حيث تودع بيضها. تفقس هذه اليرقات لإعطاء اليرقات واستمرار دورة الحياة. فترة الحضانة أسبوعين.

Mode of infection:

طريقة الإصابة:

1. Close contact with the patient.

1. الاتصال الوثيق مع المريض.

2. Indirect, by using clothes or bed of the patient.

2. غير مباشر باستخدام ملابس المريض أو سريره.

3. Contact with infected animals, as cats, dogs or rabbits.

3. مخالطة الحيوانات المصابة كالقطط أو الكلاب أو الأرانب.

Clinical picture:

الصورة السريرية:

▪Severe itching, especially at night.

▪ حكة شديدة ، خاصة في الليل.

▪The lesions consist of burrows, which are the primary and characteristic lesions of scabies. Burrows are skin-colored or grey curved ridges where the mite resides. Other lesions include papules, vesicles, pustules and scratch marks.

▪ تتكون الآفات من الجحور ، وهي الآفات الأولية والمميزة للجرب. الجحور عبارة عن حواف منحنية بلون الجلد أو رمادية حيث يتواجد العث. تشمل الآفات الأخرى حطاطات وحويصلات وبثرات وعلامات خدش.

▪Sites of predilection are: interdigital webs, sides of fingers, wrists, medial side of the forearms, elbows, cubital fossae, axillary folds, under the breasts and around the nipples (in females), around the umbilicus, lower abdomen, genitalia, buttocks, popliteal fossae, medial aspect of thighs and legs and around the ankles. Face and scalp are generally not affected. The interscapular region is usually free.

▪ مواقع الميل هي: الشبكات بين الأصابع ، وجوانب الأصابع ، والمعصمين ، والجانب الإنسي من الساعدين ، والمرفقين ، والحفريات المرفقية ، والطيات الإبطية ، وتحت الثديين وحول الحلمات (عند الإناث) ، وحول السرة ، وأسفل البطن ، والأعضاء التناسلية ، الأرداف ، الحفرة المأبضية ، الجانب الإنسي للفخذين والساقين وحول الكاحلين. لا يتأثر الوجه وفروة الرأس بشكل عام. عادة ما تكون المنطقة بين القطبين حرة.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

Varieties:

- **Scabies in infants**. It differs from adults in:
- Atypical distribution to include head, neck, palms and soles.
- Extensive distribution of burrows.
- Vesicles and vesiculopustules are frequent.
- Frequent secondary bacterial infection.
- Frequent eczematization.
- **Scabies in the clean**. Burrows are difficult to find due to frequent bathing.
- **Scabies incognito**. Inappropriate use of topical steroids may modify the clinical picture to simulate other skin disorders.
- **Nodular scabies**. Itchy indurated, reddish-brown nodules usually seen on scrotum or penis and persist for weeks or months after treatment, leading to persistent itching.
- **Animal scabies**. Differs from human scabies in:
  - Short incubation period - Absence of burrows
  - Not transmitted from human to human. - Self-limiting

Complications

- Secondary bacterial infection.
- Eczematous changes
- Acarophobia: occurs in neurotic patients where the symptoms continue after successful treatment due to fear from persistence of the infestation.

Diagnosis

- Itching mainly at night.
- Presence of burrows.
- Distribution of the lesions.
- Presence of contact cases within the family.
- Microscopic demonstration of the parasite.

Differential diagnosis

- Papular urticaria
- Prurigo
- Eczema

Treatment

✓ Topical treatment

- Topical scabicides should be applied to body, except the head after a hot bath:
- Sulfur ointment 3-10% It is applied for 3-4 successive nights. The ointment is safe and effective but rarely used because it is messy, staining and causes irritation and dermatitis.
- Benzyl benzoate 25%. It is used as one night treatment but better applied for 3-4 nights.
- Gamma benzene hexachloride 1%. It is used as one night treatment. It should be avoided for infants, children and pregnant women because of neurotoxicity.
- Permethrin 2.5-5%. It is the safest and most effective and applied for one night.
- Crotamiton (10%). It is applied for 3 successive nights followed by a bath in the 4th day. Crotamiton is less effective than the previous scabicides but has an antipruritic effect.

✓ Systemic treatment

- Antihistamines for itching.
- Antibiotics for secondary infection.
- Intralesional injection of steroids for scabitic nodules.
- Ivermectin (Mectizan) a sigle oral dose of 200 mic g/kg.

❖ *Pediculosis capitis*

Pediculosis capitis is a common infestation which is usually transmitted by sharing head-covers, combs or brushes. It is common among school children, especially girls. The main symptom is pruritus. Secondary bacterial infection is common as a result of scratching.

Diagnosis:

By finding the parasite or their eggs (nits).

Treatment:

- ✓ **Permethrin (1%) is the drug of choice. It is applied for 10 minutes and washed off.**
- ✓ **Malathion (0.5%) applied for 12 hours.**
- ✓ **Gamma benzene hexachloride (1%) shampoo to be rinsed out after 10 minutes.**
- ✓ **Crotamiton (10%) to be applied for 24 hours.**
- ✓ **Remaining nits may be removed by a fine-toothed comb or forceps.**
- ✓ **Antibiotics for secondary infection.**

❖ *Leishmaniasis*

Etiology: Protozoa : Genus: Leishmania.

Species:

1. ***Leishmania Donovani: Causes:***
❖Visceral leishmaniasis (Kala azar).

2. ***Leishmania Tropica: Causes:***
❖Cutaneous leishmaniasis (Oriental sore).

3. ***Leishmania Braziliense:*** Causes:
❖Mucocutaneous leishmaniasis (Espundia).

Leishmaniasis:

All are morphologically identical. They have two forms:

- Leishmania form (Amastigote): in man: oval or spherical, 2 - 3 µ, no free flagellum, replicates in macrophage phagosomes in mammalian hosts, but never found free in peripheral blood.
- Leptomonas form (Promastigote): 7 - 15 µ, spindle, has flagellum, found in sandflies and culture. in the gut of sandfly, culture media and extracellular.

✓ Cutaneous leishmaniasis

Etiology:

- Leishmania major → Wet (Rural) acute leishmaniasis.
- Leishmania tropica → Dry (Urban) sub-acute leish..

Mode of infection:

- By the bite of sandfly insect (the vector).
- By direct contact with infected material from the lesion.

Female sandfly (Phlebotomus): which:

- Lives in low, dark places.
- Active at night.
- Soundless flying.

Source of infection:

- Animals : as rodents and dogs.

Varieties:

أصناف:

▪Scabies in infants. It differs from adults in:

▪ الجرب عند الرضع. يختلف عن البالغين في:

▪Atypical distribution to include head, neck, palms and soles. ▪Extensive distribution of burrows.

▪ التوزيع غير النمطي ليشمل الرأس والعنق والكفين والأخمصين. ▪ توزيع واسع للجحور.

▪Vesicles and vesiculopustules are frequent.

▪ الحويصلات والبثرات الحويصلية متكررة.

▪Frequent secondary bacterial infection.

▪ كثرة العدوى البكتيرية الثانوية.

▪Frequent eczematization.

▪ كثرة الأكزيما.

▪Scabies in the clean. Burrows are difficult to find due to frequent bathing.

▪ الجرب في النظافة. يصعب العثور على الجحور بسبب الاستحمام المتكرر.

▪Scabies incognito. Inappropriate use of topical steroids may modify the clinical picture to simulate other skin disorders. ▪Nodular scabies. Itchy indurated, reddish-brown nodules usually seen on scrotum or penis and persist for weeks or months after treatment, leading to persistent itching.

▪ الجرب الخفي. قد يؤدي الاستخدام غير المناسب للستيرويدات الموضعية إلى تعديل الصورة السريرية لمحاكاة اضطرابات الجلد الأخرى. ▪ الجرب العقدي. عادة ما تظهر العقيدات المتورمة المتورمة والحكة ذات اللون البني المحمر على كيس الصفن أو القضيب وتستمر لأسابيع أو شهور بعد العلاج ، مما يؤدي إلى حكة مستمرة.

▪Animal scabies. Differs from human scabies in:

▪ الجرب الحيواني. يختلف عن الجرب البشري في:

- Absence of - Short incubation period

- غياب - فترة حضانة قصيرة

burrows

جحور

- Not transmitted from human to human. - Self- limiting

- لا تنتقل من انسان الى انسان. - التحديد الذاتي

Pediculosis capitis

قمل الرأس

Pediculosis capitis is a common infestation which is usually transmitted by sharing head-covers, combs or brushes. It is common among school children, especially girls. The main symptom is pruritus. Secondary bacterial infection is common as a result of scratching.

قمل الرأس هو انتشار شائع ينتقل عادة عن طريق مشاركة أغطية الرأس أو الأمشاط أو الفرشاة. إنه شائع بين أطفال المدارس ، وخاصة الفتيات. العرض الرئيسي هو الحكة. العدوى البكتيرية الثانوية شائعة نتيجة الحك.

Diagnosis:

تشخيص:

By finding the parasite or their eggs (nits).

عن طريق إيجاد الطفيل أو بيضه (الصئبان).

Treatment:

علاج:

Permethrin (1%) is the drug of choice. It is applied for 10 minutes and washed off.

البيرميثرين (1٪) هو الدواء المفضل. يوضع لمدة 10 دقائق ويغسل.

Malathion (0.5%) applied for 12 hours.

يتم وضع الملاثيون (0.5٪) لمدة 12 ساعة.

Gamma benzene hexachloride (1%) shampoo to be rinsed out after 10 minutes.

يجب شطف شامبو جاما بنزين سداسي كلوريد (1٪) بعد 10 دقائق.

Crotamiton (10%) to be applied for 24 hours.

كروتاميتون (10٪) يطبق لمدة 24 ساعة.

Remaining nits may be removed by a fine-toothed comb or forceps.

يمكن إزالة القمل المتبقي بواسطة مشط دقيق الأسنان أو ملقط.

Antibiotics for secondary infection.

المضادات الحيوية للعدوى الثانوية.

Complications

المضاعفات

 Secondary bacterial infection.

- عدوى جرثومية ثانوية.

 Eczematous changes

تغييرات اكزيمية

 Acarophobia: occurs in neurotic patients where the symptoms

أكاروفوبيا: يحدث عند مرضى العصابين حيث تظهر الأعراض

continue after successful treatment due to fear from persistence

تستمر بعد العلاج الناجح بسبب الخوف من المثابرة

of the infestation.

من الإصابة.

Diagnosis

تشخيص

 Itching mainly at night.

الحكة بشكل رئيسي في الليل.

 Presence of burrows.

وجود الجحور.

 Distribution of the lesions.

توزع الآفات.

 Presence of contact cases within the family.

وجود حالات اتصال داخل الأسرة.

 Microscopic demonstration of the parasite.

العرض المجهري للطفيلي.

Leishmaniasis

داء الليشمانيات

Etiology:Protozoa : Genus: Leishmania.

المسببات: البروتوزوا: الجنس: الليشمانيا.

Species:

صِنف:

1.Leishmania Donovani: Causes: Visceral leishmaniasis (Kala azar).

1- الليشمانيا دونوفاني: الأسباب: داء الليشمانيات الحشوي (كالازار).

2.Leishmania Tropica: Causes:

2- الليشمانيا المدارية: الأسباب:

Cutaneous leishmaniasis (Oriental sore).

داء الليشمانيات الجلدي (قرحة شرقية).

Differential diagnosis

تشخيص متباين

▪ Papular urticaria ● Prurigo

▪ الشرى الحطاطي. ▪ الحكة

● Eczema

● الأكزيما

3.Leishmania Braziliense: Causes:

3- الليشمانية البرازيلية: الأسباب:

Mucocutaneous leishmaniasis (Espundia).

داء الليشمانيات الجلدي المخاطي (إسبونديا).

Treatment

علاج

Topical treatment

العلاج الموضعي

 Topical scabicides should be applied to body, except the head after a hot bath:

يجب وضع مبيدات الجرب الموضعية على الجسم ، ما عدا الرأس بعد الاستحمام بماء ساخن:

 Sulfur ointment 3-10% It is applied for 3-4 successive nights. The ointment is safe and effective but rarely used because it is messy, staining and causes irritation and dermatitis.

مرهم كبريت 3-10٪ يطبق لمدة 3-4 ليال متتالية. المرهم آمن وفعال ولكن نادرًا ما يستخدم لأنه فوضوي ويؤدي إلى تلطيخ وتسبب تهيجًا والتهابًا في الجلد.

 Benzyl benzoate 25%. It is used as one night treatment but better applied for 3-4 nights.

بنزيل بنزوات 25٪. يتم استخدامه كعلاج لليلة واحدة ولكن يتم استخدامه بشكل أفضل لمدة 3-4 ليالٍ.

 Gamma benzene hexachloride 1%. It is used as one night treatment. It should be avoided for infants, children and pregnant women because of neurotoxicity.

جاما بنزين سداسي كلوريد 1٪. يتم استخدامه كعلاج ليلة واحدة. يجب تجنبه للرضع والأطفال والنساء الحوامل بسبب السمية العصبية.

 Permethrin 2.5-5%. It is the safest and most effective and applied for one night.

بيرميثرين 2.5-5٪. إنه الأكثر أمانًا وفعالية ويتم تطبيقه لليلة واحدة.

 Crotamiton (10%). It is applied for 3 successive nights

كروتاميتون (10٪). يتم تطبيقه لمدة 3 ليال متتالية

followed by a bath in the 4th day. Crotamiton is less effective than the previous scabicides but has an antipruritic effect.

يليه حمام في اليوم الرابع. يعتبر كروتاميتون أقل فعالية من مبيدات الجرب السابقة ولكن له تأثير مضاد للحكة.

Leishmaniasis:

داء الليشمانيات:

All are morphologically identical. They have two forms:

كلها متطابقة شكليا. لديهم شكلين:

 Leishmania form (Amastigote): in man: oval or spherical, 2 - 3 µ, no free flagellum, replicates in macrophage phagosomes in mammalian hosts, but never found free in peripheral blood.

شكل الليشمانيا (Amastigote): في الإنسان: بيضاوي أو كروي ، 2 - 3 ، بدون سوط حر ، يتكاثر في بلعم البلاعم في مضيفات الثدييات ، ولكن لم يتم العثور عليه مطلقًا في الدم المحيطي.

 Leptomonas form (Promastigote): 7 - 15 µ, spindle, has

شكل 15 - 7 :Leptomonas (Promastigote) ، مغزل ، به

flagellum, found in sandflies and culture. in the gut of sandfly, culture media and extracellular.

السوط ، الموجودة في ذباب الرمل والثقافة. في أحشاء ذبابة الرمل ووسائط الثقافة وخارج الخلية.

Cutaneousleishmaniasis

داء اللشمانيات الجلدي

Etiology:

المسببات:

- Leishmania major → Wet (Rural) acute leishmaniasis.

الليشمانيا الكبرى ← داء الليشمانيات الحاد الرطب (الريفي).

- Leishmania tropica → Dry (Urban) sub-acute leish..

الليشمانية المدارية ← الليش الجاف (الحضري) شبه الحاد.

Mode of infection:

طريقة الإصابة:

- By the bite of sandfly insect (the vector).

عن طريق لدغة حشرة ذبابة الرمل (الناقل).

- By direct contact with infected material from the lesion.

بالتلامس المباشر مع مادة مصابة من الآفة.

Systemic treatment

العلاج الجهازي

Antihistamines for itching.

مضادات الهيستامين للحكة.

Intralesional injection of steroids for scabitic nodules.

حقن المنشطات داخل الآفة للعقيدات الجربية.

Ivermectin (Mectizan) a sigle oral dose of 200 mic g/kg.

Ivermectin (Mectizan) جرعة سيجل عن طريق الفم 200 ميكروغرام / كغ.

Female sandfly (Phlebotomus): which:

أنثى ذبابة الرمل (Phlebotomus): وهي:

- Lives in low, dark places.

يعيش في أماكن منخفضة ومظلمة.

 Active at night.

نشط في الليل.

 Soundless flying.

طيران بلا صوت.

Source of infection:

مصدر العدوى:

 Animals : as rodents and dogs.

الحيوانات: كالقوارض والكلاب.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

- Infected humans.

Endemic areas:

- Yemen (many areas), middle east, Mediterranean area, India, Africa.

Clinical picture

- Cutaneous leishmaniasis can effects any age and both sex.
- Site: On exposed parts: face, nose, ears, lips, hands, legs and feet.
- Lesion: indurated nodule (s)→ ulcerates → ulcer with undermined edge surrounded by a red zone, 2ry infection may occur, finally the lesion →heal with big disfiguring scar.
- The disease produce solid immunity.

Clinical types:

a. Acute cutaneous leishmaniasis (ACL).
b. Chronic cutaneous leishmaniasis (CCL).
c. Leishmaniasis Recidivans (LR).
d. Diffuse cutaneous leishmaniasis (DCL).

B. Chronic Cutaneous Leishmaniasis: Lupoid Leishmaniasis::

Plaque:

- One or more.
- Non-ulcerated.
- Usually painless.
- Dusky –red erythema.
- Lasts for years.

Cutaneous Leishmaniasis

A. Acute Cutaneous Leishmaniasis		
	Wet (Rural) Early Ulcerative type	Dry (Urban) Late Ulcerative type
Etiology	L. Major	L. Tropic
Source	Rodents.	Humans, dogs.
Vector	Phlebotomus Papatassi.	Phl. Sergenti.
Incubation period	Less than two months.	More than two months.
Clinically Lesion (single or multiple)	• Nodule (red)→ furuncle-like. • In 2 weeks → Crust • Crust fall → Ulcer (large with red margin).	• Nodule: small, brownish. • In 6 months→ plaque (1-2 cm). → Shallow ulcer at the center→ covered by adherent crust.
Healing→ Scar	2 – 6 months.	8 – 12 months.

C. Leishmaniasis Recidivans:

- Reactivation: many years after healing of old leishmaniasis lesion .
- Many plaques at or near the periphery of the scars of old lesion.

D. Diffuse Cutaneous Leishmaniasis:

- Common in Africa, in patients with immune deficiency.
- Lesions: wide spread nodules or plaque-like lesions.
- No tendency to ulceration.
- Negative Leishmanin test (Anergy).

Investigations:

1. Skin smear:

- Bloodless sample from the edge of the lesion.
- Stained with Geimsa stain.
- Under the light microscopy → Extra and intracellular Amastigotes form(leishmania bodies).

2. Culture:

- On NNN media → Promastigotes.

3. Biopsy:

- In chronic cases with negative smears.

4. Immunological test:

a. Leishmanin test (Montenegro): Intradermal test:

- ***Positive → Erythematous papule (infection).***
- ***Negative → 1. Non-infected.***
  2. Persons with disseminated cutaneous leishmaniasis (DCL).

b. Serum examination: for leishmania antibodies.

Diagnosis:

1. History : Patient from endemic area. Chronic skin lesion not respond to treatment.
2. Clinical examination→ characteristic lesion on exposed area.
3. Investigations.

Differential diagnosis:

- Ecthyma.
- Furuncle.
- Lupus vulgaris.

Management

A. Prophylactic measures:

1. ***Treatment of patients in endemic areas.***
2. ***Control of the sandfly.***
3. ***Avoiding the reservoir hosts (rodents & dogs) of infection.***
4. ***Improve environmental sanitary conditions.***

B. Local measures:

1. ***Excision of single lesion.***
2. ***Cryotherapy with carbon dioxide snow, liquid nitrogen.***
3. ***Intralesional injection of antimonial drugs.***
4. ***Topical antibiotic for secondary infection.***

C. Systemic treatment:

1. Pentavalent antimonial drugs:

- Sodium Stibogloconate: Pentostam®:
  Dose: 10-15 mg/kg/day intramuscularly for 2 – 3 weeks.

Or :

- Intralesional: 1 – 3 ml per lesion/ once or twice/ week.

Side effects:

- Painful injections.
- Hypersensitivity (anaphylaxis)
- ECG changes.
- Hemolytic anemia.
- Hepato-renal damage.

Contraindications:

- Allergy.
- Pregnancy and lactation.
- Cardiac patients.
- Hepato-renal diseases.

2. Other drugs:

1. ***Rifampicine: Rifadin® 600 mg orally/day for 4 – 6 weeks.***
2. ***Metronidazole: Flagyl® 250 mg orally/3/day for 10 days.***

Infected humans.

البشر المصابون.

Stained with Geimsa stain.

ملطخ بصبغة جيمسا.

Under the light microscopy → Extra and intracellular Amastigotes form(leishmania bodies).

تحت المجهر الضوئي → تشكل Amastigotes خارج وداخل الخلايا (أجسام الليشمانيا).

Endemic areas:

المناطق الموبوءة:

- Yemen (many areas), middle east, Mediterranean area, India, Africa.

اليمن (مناطق عديدة) ، الشرق الأوسط ، منطقة البحر الأبيض المتوسط ، الهند ، إفريقيا.

2. Culture:

2. الثقافة:

- On NNN media → Promastigotes.

على وسائط NNN → Promastigotes.

Clinical picture

الصورة السريرية

- Cutaneous leishmaniasis can effects any age and both sex.

يمكن أن يؤثر داء الليشمانيات الجلدي في أي عمر وكلا الجنسين.

- Site: On exposed parts: face, nose, ears, lips, hands, legs and

الموقع: على الأجزاء المكشوفة: الوجه والأنف والأذنين والشفتين واليدين والأرجل و

feet.

قدم.

 Lesion: indurated nodule (s) → ulcerates → ulcer with

الآفة: عقيدات متورمة ← تقرحات ← قرحة بها

undermined edge surrounded by a red zone, 2ry infection may

حافة تقوض محاطة بمنطقة حمراء ، قد تكون العدوى

occur, finally the lesion →heal with big disfiguring scar.

تحدث ، وأخيراً الآفة → تلتئم مع ندبة كبيرة مشوهة.

 The disease produce solid immunity.

ينتج المرض مناعة صلبة.

3. Biopsy:

3. الخزعة:

 In chronic cases with negative smears.

في الحالات المزمنة ذات المسحات السلبية.

4. Immunological test:

4. الاختبار المناعي:

a. Leishmanin test (Montenegro): Intradermal test: – Positive → Erythematous papule (infection).

أ. اختبار الليشمانين (الجبل الأسود): اختبار داخل الأدمة: - إيجابي ← حطاطة حمامية (عدوى).

– Negative → 1. Non-infected.

- سلبي → 1. غير مصاب.

2. Persons with disseminated cutaneous leishmaniasis

2. الأشخاص المصابون بداء الليشمانيات الجلدي المنتشر

b. Serum examination: for leishmania antibodies.

ب. فحص المصل: للكشف عن الأجسام المضادة لليشمانيا.

Clinical types:

الأنواع السريرية:

a. Acute cutaneous leishmaniasis (ACL).

أ. داء الليشمانيات الجلدي الحاد (ACL).

b. Chronic cutaneous leishmaniasis (CCL).

ب. داء الليشمانيات الجلدي المزمن (CCL).

c. Leishmaniasis Recidivans (LR).

ج. داء الليشمانيات العكسي (LR).

d. Diffuse cutaneous leishmaniasis (DCL).

د. داء الليشمانيات الجلدي المنتشر (DCL).

Diagnosis:

تشخيص:

History : Patient from endemic area. Chronic skin lesion not respond to treatment.

التاريخ: مريض من منطقة موبوءة. الآفات الجلدية المزمنة لا تستجيب للعلاج.

Clinical examination → characteristic lesion on exposed area. Investigations.

الفحص السريري ← وجود آفة مميزة في المنطقة المكشوفة. التحقيقات.

B. Chronic Cutaneous Leishmaniasis: Lupoid Leishmaniasis::

داء الليشمانيات الجلدي المزمن: داء الليشمانيات الذئبي:

Plaque:

الترسبات:

 One or more.

واحد أو أكثر.

 Non-ulcerated.

غير متقرح.

 Usually painless.

غير مؤلم عادة.

 Dusky –red erythema.

حمامي أحمر داكن.

 Lasts for years.

يدوم لسنوات.

Differential diagnosis:

تشخيص متباين:

Ecthyma.

إكثيما.

Furuncle.

دمل.

Lupus vulgaris.

الذئبة الشائعه.

Management

إدارة

A. Prophylactic measures:

ألف - التدابير الوقائية:

1.Treatment of patients in endemic areas.

1- علاج المرضى في المناطق الموبوءة.

2.Control of the sandfly.

2. السيطرة على ذبابة الرمل.

3.Avoiding the reservoir hosts (rodents & dogs) of infection. 4.Improve environmental sanitary conditions.

3. تفادي عوائل المستنقعات (القوارض والكلاب) للعدوى. 4. تحسين الظروف الصحية البيئية.

B. Local measures:

باء - التدابير المحلية:

1.Excision of single lesion.

1. استئصال الآفة المفردة.

2.Cryotherapy with carbon dioxide snow, liquid nitrogen. 3.Intralesional injection of antimonial drugs.

2. العلاج بالتبريد مع ثلج ثاني أكسيد الكربون والنيتروجين السائل. 3-الحقن داخل الآفة للأدوية المضادة للأنتيمون.

4.Topical antibiotic for secondary infection.

4- مضاد حيوي موضعي للعدوى الثانوية.

C. Systemic treatment:

ج- العلاج الجهازي:

1. Pentavalent antimonial drugs:

1. الأدوية الأنتيمونية الخماسية التكافؤ:

 Sodium Stibogloconate: Pentostam®:

ستيبوجلوكونات الصوديوم: بينتوستام®:

Dose: 10-15 mg/kg/day intramuscularly for 2 – 3 weeks.

الجرعة: 10-15 مجم / كجم / يوم عضليًا لمدة 2-3 أسابيع.

Intralesional: 1 – 3 ml per lesion/ once or twice/ week.

داخل الآفة: 1 - 3 مل لكل آفة / مرة أو مرتين / أسبوع.

C. Leishmaniasis Recidivans:

داء الليشمانيات العكسي:

 Reactivation: many years after healing of old leishmaniasis

إعادة التنشيط: بعد سنوات عديدة من الشفاء من داء الليشمانيات القديم

lesion .

آفة.

 Many plaques at or near the periphery of the scars of old

العديد من اللويحات عند محيط الندبات القديمة أو بالقرب منها

lesion.

آفة.

D. Diffuse Cutaneous Leishmaniasis:

داء الليشمانيات الجلدي المنتشر:

 Common in Africa, in patients with immune deficiency.

شائع في أفريقيا ، لدى مرضى نقص المناعة.

 Lesions: wide spread nodules or plaque-like lesions.

الآفات: عقيدات واسعة الانتشار أو آفات تشبه اللويحات.

 No tendency to ulceration.

لا يوجد ميل للتقرح.

 Negative Leishmanin test (Anergy).

اختبار الليشمانين السلبي (Anergy).

Side effects:

آثار جانبية:

 Painful injections.

- حقن مؤلمة.

 Hypersensitivity (anaphylaxis)

فرط الحساسية (الحساسية المفرطة).

 ECG changes.

تغييرات تخطيط القلب.

 Hemolytic anemia.

فقر الدم الانحلالي.

 Hepato-renal damage.

الضرر الكبدي الكلوي.

Contraindications:

الموانع:

 Allergy.

الحساسية.

 Pregnancy and lactation.

- الحمل والرضاعة.

 Cardiac patients.

مرضى القلب.

 Hepato-renal diseases.

أمراض الكبد والكلى.

Investigations:

التحقيقات:

1. Skin smear:

1. مسحة الجلد:

 Bloodless sample from the edge of the lesion.

عينة غير دم من حافة الآفة.

2. Other drugs:

2- عقاقير أخرى:

1. Rifampicine: Rifadin® 600 mg orally/day for 4 – 6 weeks. 2. Metronidazole: Flagyl® 250 mg orally/3/day for 10 days.

1. ريفامبيسين: Rifadin® 600 مجم فموياً / يوم لمدة 4 - 6 أسابيع. 2. ميترونيدازول فلاجيل 250 مجم فموياً / 3 / يوم لمدة 10 أيام.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

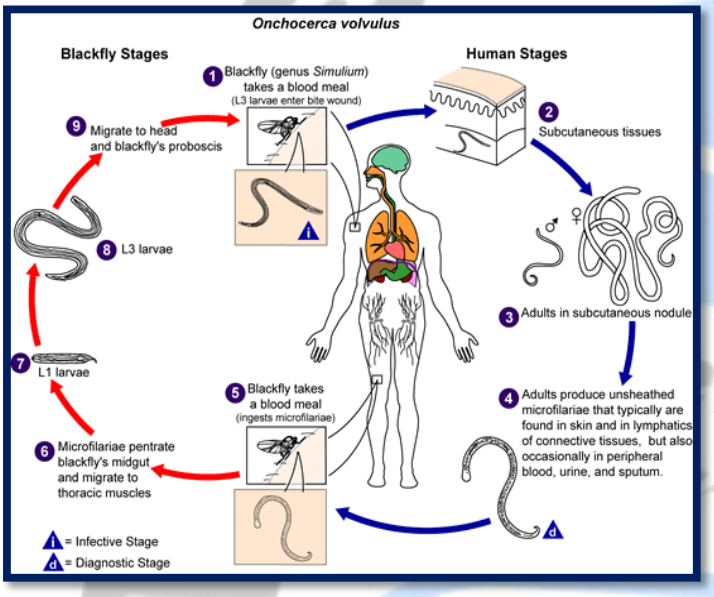
3. ketoconazole: Nizoral® 200 mg orally/ 3/day for 4 – 12 weeks.
4. Itraconazol: Sporanox® 200 mg orally/ twice/ daily for 4 weeks.

❖ CUTANEOUS ONCHOCERCIASIS

Onchocerciasis or "River blindness" is:

- A filarial infestation, affects cutaneous and ocular tissue.
- Caused by Onchocerca volvulus.
- Transmitted by a bite of a black fly from the genus "Simulium". which its larvae & pupae thrive well near rivers and waterfalls.
- Affects about 40 million people, particularly in Africa and Central and South America.
- The disease is endemic in some areas of Yemen, where it called the "Sowda" or "Assowda" .

Life Cycle:


Onchocerca volvulus
Blackfly Stages
Human Stages
1 Blackfly (genus Simulium) takes a blood meal (L3 larvae enter bite wound)
2 Subcutaneous tissues
3 Adults in subcutaneous nodule
4 Adults produce unsheathed microfilariae that typically are found in skin and in lymphatics of connective tissues, but also occasionally in peripheral blood, urine, and sputum.
5 Blackfly takes a blood meal (ingests microfilariae)
6 Microfilariae pentrate blackfly's midgut and migrate to thoracic muscles
7 L1 larvae
8 L3 larvae
9 Migrate to head and blackfly's proboscis
= Infective Stage
= Diagnostic Stage

Mode of infection:

- Black fly bite infected human → take O. V. microfilariae, which grow in the thoracic muscles of the fly , where they develop into.
- the infective e stage larvae within 6 - 12 days.
- The fly introduce the larvae into the skin of new host → they grow into adult male & female worm in about year within a nodule in the subcutaneous tissue.
- The female producing microfilariae which migrate into neighboring tissue including the eye (if nodule on the head).
- Microfilariae causing little inflammation → if degenerate →trigger an inflammatory reaction → intense pruritis.

Clinical Picture:

☒ *Standardized grade system:*

1. Acute papular onchodermatitis.
2. Chronic papular onchodermatitis
3. Lichenified onchodermatitis.
4. Onchocercal atrophy.
5. Depigmentation.

Clinical Picture:

- Patient present first with subcutaneous nodule usually over bony prominence in the upper or lower part of the body.
- The nodule contains the adult worms surrounded by fibrous tissue (onchocercomata).
- Acute O. → Intermittent intensely pruritic dermatitis (papules around microfilariae), abscesses may be formed if patient treated by diethyle carbamazepine .
- Chronic O. → Skin then become thickened, wrinkled, lichenified and hyperpigmented → Lizard or elephant skin.
- Late stage → loss of pigment with sparing the skin around hair follicles and atrophy → Leopard skin (more on the shins).
- Chronic lymphatic obstruction and involvement of the inguinal lymph nodes → Hanging groin and elephantiasis of genitalia.

☒ Ocular Onchocerciasis

Clinical Picture

- Microfilariae in the conjunctivae → through the cornea → anterior and posterior chambers of the eye causing:

1. Conjunctivitis.
2. Sclerosing keratitis.
3. Uveitis.
4. Chorioretinal lesion.
5. Optic nerve atrophy.
6. Glucoma.
7. Blindness in severe cases.
8. Dead microfilariae in the cornea → tissue reaction → "Snow-flake" opacities.

Diagnosis

- Clinical diagnosis is not difficult in endemic areas.
- Confirmation require microscopic visualization of microfilariae emerging from skin sample (snip) placed in saline.
- PCR.
- Mazzotti Reaction:
  - ✓ Acute hypersensitivity reaction to rapidly dying microfilariae within the skin, elicited by oral diethyl carbamazepine (DEC).
  - ✓ Used in the past for the diagnosis if microfilariae not seen in skin snips

Differential Diagnosis

1. Early lesion:
- *AD, insect bite , Scabies, and allergic CD.*

2. Chronic lesion:
- *Ch. Eczema with post inflammatory hyperpigmentation, leprosy, scleroderma.*

3. Elephantiasis:
- *From other types of filarial infection.*

Treatment

- Ivermectin is the drug of choice.
- Action:
  - Rapid killing of microfilariae.
  - Prevents their escape from gravid female.
  - No or few adverse reaction or Mazzoti reaction.
- Dose:
  - 150 - 200 µg/kg single oral dose.
  - Multiple doses can kill adult form as well.
- ✂ Nodulectomy.

3. ketoconazole: Nizoral® 200 mg orally/ 3/day for 4 – 12 weeks.

3. كيتوكونازول: نيزورال 200 مجم فموياً / 3 / يوم لمدة 4 - 12 أسبوع.

4. Itraconazol: Sporanox® 200 mg orally/ twice/ daily for 4

4. إيتراكونازول: Sporanox® 200 ملغ شفويا / مرتين / يوميا لمدة 4

weeks.

أسابيع.

CUTANEOUS ONCHOCERCIASIS

داء الذئبة الجلدي

Onchocerciasis or “River blindness” is:

داء كلابية الذنب أو "العمى النهري" هو:

 A filarial infestation, affects cutaneous and ocular tissue.

غزو الفيلاري ، يؤثر على الأنسجة الجلدية والعينية.

 Caused by Onchocerca volvulus.

تسببه كلابية الذنب الانفتالية.

 Transmitted by a bite of a black fly from the genus

تنتقل عن طريق لدغة ذبابة سوداء من الجنس

“Simulium”. which its larvae & pupae thrive well near rivers

"Simulium": التي تزدهر فيها يرقاتها وشرانقها جيدًا بالقرب من الأنهار

and waterfalls.

والشلالات.

 Affects about 40 million people, particularly in Africa and

يصيب حوالي 40 مليون شخص ، لا سيما في إفريقيا و

Central and South America.

أمريكا الوسطى والجنوبية.

 The disease is endemic in some areas of Yemen, where it

المرض مستوطن في بعض مناطق اليمن حيث يتواجد

called the “Sowda” or “Assowda” .

تسمى "السودة" أو "الصودة".

Life Cycle:

دورة الحياة:

Mode of infection:

طريقة الإصابة:

 Black fly bite infected human → take O. V. microfilariae,

لدغة ذبابة سوداء للإنسان المصاب ← خذ O.V. microfilariae ،

which grow in the thoracic muscles of the fly , where they

التي تنمو في عضلات الصدر للذبابة ، حيث هم

develop into.

تتطور إلى.

 the infective e stage larvae within 6 - 12 days.

مرحلة اليرقات المعدية خلال 6 - 12 يوم.

Clinical Picture:

الصورة السريرية:

 Patient present first with subcutaneous nodule usually over bony prominence in the upper or lower part of the body.

يظهر المريض أولاً مع عقدة تحت الجلد عادةً فوق البروز العظمي في الجزء العلوي أو السفلي من الجسم.

 The nodule contains the adult worms surrounded by fibrous tissue (onchocercomata).

تحتوي العقدة على ديدان بالغة محاطة بنسيج ليفي (كومة ذنب).

Acute O. → Intermittent intensely pruritic dermatitis (papules around microfilariae), abscesses may be formed if patient treated by diethyle carbamazepine .

O. → التهاب الجلد شديد الحكة المتقطع (حطاطات حول الميكروفيلاريا) ، قد تتشكل الخراجات إذا عولج المريض باستخدام ثنائي إيثيل كاربامازيبين.

 Chronic O. → Skin then become thickened, wrinkled,

 O. → المزمن ثم يصبح الجلد سميكًا ومتجعدًا ،

lichenified and hyperpigmented → Lizard or elephant skin.

متشقق ومفرط التصبغ ← جلد سحلية أو فيل.

 Late stage → loss of pigment with sparing the skin around hair

المرحلة المتأخرة ← فقدان الصباغ مع تجنيب الجلد حول الشعر

follicles and atrophy → Leopard skin (more on the shins).

بصيلات وضمور ← جلد النمر (المزيد على السيقان).

 Chronic lymphatic obstruction and involvement of the inguinal

الانسداد اللمفاوي المزمن وإصابة الأربية

lymph nodes → Hanging groin and elephantiasis of genitalia.

العقد الليمفاوية → معلقة الفخذ وداء الفيل في الأعضاء التناسلية.

Ocular Onchocerciasis

داء كلابية الذنب العضلي

Clinical Picture

الصورة السريرية

 Microfilariae in the conjunctivae → through the cornea →

ميكروفيلاريا في الملتحمة ← عبر القرنية ←

anterior and posterior chambers of the eye causing:

تتسبب الغرف الأمامية والخلفية للعين في:

1. Conjunctivitis.

1. التهاب الملتحمة.

2. Sclerosing keratitis.

2. التهاب القرنية المصلب.

3. Uveitis.

3. التهاب القزحية.

4. Chorioretinal lesion.

4. الآفة المشيمية الشبكية.

5. Optic nerve atrophy.

5. ضمور العصب البصري.

6. Glucoma.

6. الجلوكوما.

7. Blindness in severe cases.

7. العمى في الحالات الشديدة.

8. Dead microfilariae in the cornea → tissue reaction → “Snow-

8. الميكروفيلاريا الميتة في القرنية ← تفاعل الأنسجة ← "ثلجي-

flake” opacities.

تقشر "عتامة.

Diagnosis

تشخيص

 Clinical diagnosis is not difficult in endemic areas.

التشخيص السريري ليس بالأمر الصعب في المناطق الموبوءة.

 Confirmation require microscopic visualization of microfilariae

يتطلب التأكيد تصورًا مجهريًا للميكروفيلاريا

emerging from skin sample (snip) placed in saline.

الخارجة من عينة الجلد (القصاصة) الموضوعة في محلول ملحي.

 Mazzotti Reaction:

رد فعل مازوتي:

 Acute hypersensitivity reaction to rapidly dying

- تفاعل فرط الحساسية الحاد للموت السريع

microfilariae within the skin, elicited by oral diethyl

الميكروفيلاريا داخل الجلد ، ينتقل عن طريق ثنائي إيثيل عن طريق الفم

carbamazepine (DEC).

كاربامازيبين (DEC).

 Used in the past for the diagnosis if microfilariae not seen in

استخدمت في الماضي للتشخيص إذا لم تظهر الميكروفيلاريا فيها

skin snips

قصاصات الجلد

Differential Diagnosis

تشخيص متباين

1. Early lesion:

1. الآفة المبكرة:

▪AD, insect bite , Scabies, and allergic CD.

▪ ميلادي ، لدغة الحشرات ، الجرب ، وأقراص الحساسية.

2. Chronic lesion:

2. الآفة المزمنة:

▪Ch. Eczema with post inflammatory hyperpigmentation,

▪ الفصل. الأكزيما مع فرط تصبغ ما بعد الالتهاب ،

leprosy, scleroderma.

الجذام وتصلب الجلد.

3. Elephantiasis:

3. داء الفيل:

▪From other types of filarial infection.

▪ من أنواع أخرى من عدوى الفيلاريا.

Treatment

علاج

 Ivermectin is the drug of choice.

آيفرمكتين هو الدواء المفضل.

 Action:

العمل:

 Rapid killing of microfilariae.

القتل السريع للميكروفيلاريا.

 Prevents their escape from gravid female.

يمنع هروبهم من الأنثى الحمضية.

 No or few adverse reaction or Mazzoti reaction.

لا يوجد رد فعل عكسي أو تفاعل قليل أو تفاعل مازوتي.

 Dose:

الجرعة:

 150 - 200 µg/kg single oral dose.

150 - 200 ميكروجرام / كجم جرعة واحدة عن طريق الفم.

 Multiple doses can kill adult form as well.

الجرعات المتعددة يمكن أن تقتل شكل البالغين أيضًا.

 Nodulectomy.

 استئصال العقيدات.

The fly introduce the larvae into the skin of new host → they grow into adult male & female worm in about year within a nodule in the subcutaneous tissue.

تدخل الذبابة اليرقات في جلد العائل الجديد ثم تنمو لتصبح دودة ذكور وإناث بالغة في غضون عام تقريبًا داخل عقيدة في النسيج تحت الجلد.

The female producing microfilariae which migrate into neighboring tissue including the eye (if nodule on the head).

الأنثى المنتجة للميكروفيلاريا التي تهاجر إلى الأنسجة المجاورة بما في ذلك العين (إذا كانت العقيدات على الرأس).

 Microfilariae causing little inflammation → if degenerate

الميكروفيلاريا تسبب التهابا خفيفا ← إذا تدهورت

→ trigger an inflammatory reaction → intense pruritis.

← تحفيز تفاعل التهابي ← حكة شديدة.

Clinical Picture:

الصورة السريرية:

Standardized grade system:

نظام الصف القياسي:

1. Acute papular onchodermatitis.

1. التهاب الجلد الحطاطي الحاد.

2. Chronic papular onchodermatitis

2. التهاب الجلد الحطاطي المزمن

3. Lichenified onchodermatitis.

3. التهاب الجلد الحزازي.

4. Onchocercal atrophy.

4. ضمور كلابية الذنب.

5. Depigmentation.

5. تصبغ.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

- Preventive measures: eradication of black fly in water and treatment of patients.
- Diethyl carbamazepine and Suramin (not used), it can induce severe hypersensitivity reaction or dangerous toxic reaction.

~ Disorders of Sebaceous Glands

❖ Acne Vulgaris

Acne vulgaris is a chronic inflammatory disease of the pilosebaceous units.

Pathogenesis

Acne vulgaris is exclusively a follicular disease, with comedo formation produced by the impaction and distension of the follicles with tightly packed horny cells. Disruption of the follicular epithelium permits discharge of the follicular contents into the dermis. This, in turn, causes the formation of inflammatory papules, pustules, nodules and cysts.

Etiology: Acne vulgaris is a multifactorial disease.

- Genetic factors. Several members of the same family may be affected.
- Androgenic stimulation of sebaceous glands with increased sebum.
- Ductal hypercornification. Comedones represent the retention of keratinocytes in the duct.
- Presence of abnormal microbial flora (Propionibacterium acnes).
- Mediation of inflammation. The dermal inflammation is not caused by bacteria but it probably results from biologically active mediators that diffuse from the follicle where they are produced by Propionibacterium acnes.

Clinical picture

Acne vulgaris is a disease of adolescents and young adults and usually disappears by the age of 25 years. Both sexes are equally affected. -12% of women and 3% of men will have acne until their 40s

- **Sites**:It occurs predominantly on the face (99%) and, to lesser extent, on the back (60%) and chest (15%). On the face it occurs most frequently on the cheeks, and to a lesser degree on the forehead, nose and chin. Acne is a polymorphic disease, but one type of the following lesions may predominate
- **Comedones (blackheads).** Comedo is the basic lesion in acne.It is a small punctate black lesion. When a comedo is extracted outside the follicular canal it appears as a yellowish worm-like structure with an upper black end (the black color is due to melanin not dirt).
- **Papules**. Small red papules.
- **Pustules**. Conical pustules.
- **Nodules and cysts**. **Nodules**, cysts, grouped comedones and scarring are features of acne conglobta which is a chronic disorder that may last up to 40-50 years of age..
- **Post-inflammatory lesions**. As erythema, pigmentation and scarring (small atrophic scars or pits, deeper furrows and keloidal scars).

Factors which may aggravate acne:

- Menstruation. About 70% of women complain of a flare 2-7 days premenstrually.
- Stress. It is unlikely that stress alone induces acne lesions. However, acne itself induces stress, and “picking” of the spots will aggravate the appearance. This is particularly obvious in young females who present with acne excoriée.
- Drugs: bromides, steroids →acne lesions (Acne form eruption)
- Diet: some fats and high carbohydrate may make acne worse.
- Sweating. Up to 15% of acne patients notice that sweating causes a deterioration in their acne.

D.D.

- **Acne form eruption**, sudden oncet, no comedones, resolved with elemination of the cause.
- **Rosacea**, middle age, associated with redness,telenjectasia, papules , pustules but not comedones
- **perioral dermatitis.**

Complications:

- Secondary infection, - scaring, - atrophic pits and hypertrophic scar and keloid formaton

Treatment

A- Topical

- Topical antibiotics e.g. erythromycin, clindamycin.
- Benzoyl peroxide 5%, 2.5%. -Retinoic acid(teritonoin) RetinA (0.025-0.05%) -Azaleic acid (20%). - Adapalen, intralesion st for cystic lesions.

B- Systemic

1. Antibiotics. They are the most important and should be administered for long periods at least 6 months. The mode of action of the antibiotics is not to reduce the number of bacteria, but they affect their function. The commonly used antibiotics are :
Tetracycline. It is the safest and cheapest and used as 250 to 500 mg one to four times daily (on empty stomach) initially with gradual reduction of the dose, depending on clinical response.
Erythromycin. For those who cannot take tetracycline or in pregnant women.
Others e.g. clindamycin, cotrimoxazole.
2. Antiandrogens. Antiandrogens (cyproterone acetate) are used only in adult females.
3. Systemic retinoids (isotretinoin). Used only in severe cases,
4. Systemic steroids. Used only in severe cases.

Treatment of post-acne scars

Chemical peeling. - Dermabrasion. - Laser skin resurfacing.

❖ Acne Rosacea

chronic inflammatory condition located at the flush areas of the face (nose,checks, chin).

- More common in women 30s-50s (later than acne. V)
- Begins in midll age
- Central face involveed
- Erythema, edema, papules, pustule, telengictasias, Rhinophymma (dermal and sebaceous gland hyperplasia of the nose), patients can have ocular rosacea (Kiratitis, Blepharitis, Conjunctivitis)
- No comedones , not related to androgens (unlike acne.V)

Preventive measures: eradication of black fly in water and treatment of patients.

الإجراءات الوقائية: القضاء على الذبابة السوداء في الماء وعلاج المرضى.

Diethyl carbamazepine and Suramin (not used), it can induce severe hypersensitivity reaction or dangerous toxic reaction.

ديثيل كاربامازيبين وسورامين (غير مستخدمين) ، يمكن أن يؤدي إلى تفاعل فرط حساسية شديد أو تفاعل سام خطير.

Factors which may aggravate acne:

العوامل التي قد تؤدي إلى تفاقم حب الشباب:

Menstruation. About 70% of women complain of a flare 2-7 days premenstrually.

الحيض. حوالي 70٪ من النساء يشكون من نوبة 2-7 أيام قبل الدورة الشهرية.

Stress. It is unlikely that stress alone induces acne lesions.

الإجهاد. من غير المحتمل أن يؤدي الإجهاد وحده إلى ظهور آفات حب الشباب.

~ Disorders of Sebaceous Glands

~ اضطرابات الغدد الدهنية

However, acne itself induces stress, and “picking” of the spots will aggravate the appearance. This is particularly obvious in young females who present with acne excoriée.

ومع ذلك ، فإن حب الشباب نفسه يسبب الإجهاد ، و "قطف" البقع سوف يؤدي إلى تفاقم المظهر. هذا واضح بشكل خاص في الشابات المصابات بحب الشباب الخارق.

Drugs: bromides, steroids → acne lesions (Acne form eruption) Diet: some fats and high carbohydrate may make acne worse.

الأدوية: البروميدات ، الستيرويدات ← آفات حب الشباب (اندلاع حب الشباب) النظام الغذائي: بعض الدهون والكربوهيدرات العالية قد تجعل حب الشباب أسوأ.

Acne Vulgaris

حب الشباب فولغاريس

Acne vulgaris is a chronic inflammatory disease of the pilosebaceous units.

حب الشباب هو مرض التهابي مزمن يصيب الوحدات الشعرية الدهنية.

Pathogenesis

طريقة تطور المرض

Acne vulgaris is exclusively a follicular disease, with comedo formation produced by the impaction and distension of the follicles with tightly packed horny cells. Disruption of the follicular epithelium permits discharge of the follicular contents into the dermis. This, in turn, causes the formation of inflammatory papules, pustules, nodules and cysts.

حب الشباب الشائع هو مرض جرابي حصريًا ، ينتج عن تكوين الكوميدو بانحشار وانتفاخ البصيلات بخلايا قرنية معبأة بإحكام. يسمح اضطراب الظهارة الجرابية بتصريف محتويات الجريب في الأدمة. وهذا بدوره يتسبب في تكوين حطاطات وبثرات وعقيدات وكيسات التهابية.

Etiology: Acne vulgaris is a multifactorial disease.

المسببات: حب الشباب هو مرض متعدد العوامل.

Genetic factors. Several members of the same family may be affected.

العوامل الوراثية. قد يتأثر العديد من أفراد نفس العائلة.

Androgenic stimulation of sebaceous glands with increased sebum.

تحفيز منشط الذكورة للغدد الدهنية مع زيادة الزهم.

Ductal hypercornification. Comedones represent the retention of keratinocytes in the duct.

فرط التقرن. تمثل الكوميدونات احتباس الخلايا الكيراتينية في القناة.

Presence of abnormal microbial flora (Propionibacterium acnes).

وجود نباتات جرثومية غير طبيعية (Propionibacterium acnes).

Mediation of inflammation. The dermal inflammation is not caused by bacteria but it probably results from biologically active mediators that diffuse from the follicle where they are produced by Propionibacterium acnes.

علاج الالتهاب. لا ينتج التهاب الجلد عن البكتيريا ولكن من المحتمل أنه ناتج عن وسطاء نشطون بيولوجيًا ينتشرون من الجريب حيث يتم إنتاجهم بواسطة Propionibacterium acnes.

Clinical picture

الصورة السريرية

Acne vulgaris is a disease of adolescents and young adults and usually disappears by the age of 25 years. Both sexes are equally affected. -12% of women and 3% of men will have acne until their 40s

حب الشباب الشائع مرض يصيب المراهقين والشباب ويختفي عادة في سن 25 عامًا. كلا الجنسين يتأثران بالتساوي. - 12٪ من النساء و 3٪ من الرجال سيصابون بحب الشباب حتى سن الأربعين

Sites:It occurs predominantly on the face (99%) and, to lesser extent, on the back (60%) and chest (15%). On the face it occurs most frequently on the cheeks, and to a lesser degree on the forehead, nose and chin. Acne is a polymorphic disease, but one type of the following lesions may predominate

المواقع: تظهر بشكل أساسي على الوجه (99٪) وبدرجة أقل على الظهر (60٪) والصدر (15٪). يظهر على الوجه بشكل متكرر على الخدين وبدرجة أقل على الجبهة والأنف والذقن. حب الشباب هو مرض متعدد الأشكال ، ولكن قد يسود نوع واحد من الآفات التالية

Sweating. Up to 15% of acne patients notice that sweating causes a deterioration in their acne.

التعرق. يلاحظ ما يصل إلى 15٪ من مرضى حب الشباب أن التعرق يتسبب في تدهور حب الشباب.

Acneformeruption, sudden oncet, no comedones, resolved with elemination of the cause.

اندلاع حب الشباب ، ظهور مفاجئ ، لا كوميدونات ، تم حلها مع التخلص من السبب.

Rosacea, middle age, associated with redness,telenjectasia, papules , pustules but not comedones

الوردية ، منتصف العمر ، مرتبط بالاحمرار ، تضخم الغدة الدرقية ، الحطاطات ، البثور ولكن ليس البثور.

perioral dermatitis.

التهاب الجلد.

Complications:

المضاعفات:

- Secondary infection, - scaring, - atrophic pits and hypertrophic scar and keloid formaton

- العدوى الثانوية ، - الندب ، - الحفر الضموري والندبة الضخامية وشكل الجدرة

Treatment

علاج

A- Topical

أ- موضوعي

- Topical antibiotics e.g. erythromycin, clindamycin.

- المضادات الحيوية الموضعية مثل الاريثروميسين ، الكليندامايسين.

- Benzoyl peroxide 5%, 2.5%. -Retinoic acid(teritonoin) RetinA (0.025-0.05%) -Azaleic acid (20%). - Adapalen, intralesion st for cystic lesions.

- بنزويل بيروكسايد 5٪ ، 2.5٪. - حمض الريتينويك (تريتونوين) (0.025-0.05٪) RetinA - حمض الأزاليك (20٪). - Adapalen ، داخل الآفة للآفات الكيسية.

B- Systemic

ب- النظامية

1. Antibiotics. They are the most important and should be

1. المضادات الحيوية. هم الأهم ويجب أن يكونوا

administered for long periods at least 6 months. The mode of action of the antibiotics is not to reduce the number of bacteria, but they affect their function. The commonly used antibiotics are :

تدار لفترات طويلة لا تقل عن 6 أشهر. طريقة عمل المضادات الحيوية لا تقلل من عدد البكتيريا ، لكنها تؤثر على وظيفتها. المضادات الحيوية شائعة الاستخدام هي:

Tetracycline. It is the safest and cheapest and used as 250 to 500 mg one to four times daily (on empty stomach) initially with gradual reduction of the dose, depending on clinical response.

التتراسيكلين. إنه الأكثر أمانًا والأرخص ويستخدم بمقدار 250 إلى 500 مجم مرة إلى أربع مرات يوميًا (على معدة فارغة) مبدئيًا مع تخفيض تدريجي للجرعة ، اعتمادًا على الاستجابة السريرية.

Erythromycin. For those who cannot take tetracycline or in pregnant women.

الاريثروميسين. بالنسبة لأولئك الذين لا يستطيعون تناول التتراسيكلين أو في النساء الحوامل.

Others e.g. clindamycin, cotrimoxazole.

الآخرين على سبيل المثال كليندامايسين ، كوتريموكسازول.

2. Antiandrogens. Antiandrogens (cyproterone acetate) are used only in adult females.

2. مضادات الأندروجين. تستخدم مضادات الأندروجين (أسيتات سيبروتيرون) فقط في الإناث البالغات.

3. Systemic retinoids (isotretinoin). Used only in severe cases, 4. Systemic steroids. Used only in severe cases.

3. الريتينويد الجهازية (الايزوتريتنون). تستخدم فقط في الحالات الشديدة ، 4. المنشطات الجهازية. يستخدم فقط في الحالات الشديدة.

Comedones (blackheads). Comedo is the basic lesion in acne.It is a small punctate black lesion. When a comedo is extracted outside the follicular canal it appears as a yellowish worm-like structure with an upper black end (the black color is due to melanin not dirt).

Comedones (الرؤوس السوداء). الكوميدو هي الآفة الأساسية في حب الشباب ، وهي عبارة عن آفة سوداء صغيرة مثقبة. عندما يُستخرج الكوميدو خارج القناة الجريبية ، فإنه يظهر على شكل بنية شبيهة بالديدان صفراء ذات طرف أسود علوي (اللون الأسود ناتج عن الميلانين وليس الأوساخ).

Papules. Small red papules.

حبات. حطاطات حمراء صغيرة.

Pustules. Conical pustules.

بثرات. بثرات مخروطية.

Nodulesandcysts. Nodules, cysts, grouped comedones and scarring are features of acne conglobta which is a chronic disorder that may last up to 40-50 years of age..

العقيدات والأكياس. العقيدات والتكيسات والكوميدونات المتجمعة والتندب هي سمات حب الشباب كونجلوبتا وهو اضطراب مزمن قد يستمر حتى 40-50 سنة من العمر.

Post-inflammatory lesions. As erythema, pigmentation and scarring (small atrophic scars or pits, deeper furrows and keloidal scars).

آفات ما بعد الالتهاب. حمامي ، تصبغ وتندب (ندبات أو حفر ضامرة صغيرة ، أخاديد أعمق وندوب جدرة).

Treatment of post-acne scars

علاج ندبات ما بعد حب الشباب

Chemical peeling. - Dermabrasion. - Laser skin resurfacing.

التقشير الكيميائي. - جلدي. - تقشير الجلد بالليزر.

Acne Rosacea

حب الشباب الوردية

chronic inflammatory condition located at the flush areas of the face (nose,checks, chin).

حالة التهابية مزمنة تقع في مناطق تدفق الوجه (الأنف ، الشيكات ، الذقن).

More common in women 30s-50s (later than acne. V)

أكثر شيوعًا عند النساء من 30 إلى 50 عامًا (بعد حب الشباب الخامس)

Begins in midll age

يبدأ في منتصف العمر

Central face involveed

الوجه المركزي متورط

Erythema, edema, papules, pustule, telengictasias,

حمامي ، وذمة ، حطاطات ، بثرة ، توسع الشعريات ،

Rhinophymma (dermal and sebaceous gland hyperplasia of the nose), patients can have ocular rosacea (Kiratitis, Blepharitis, Conjunctivitis)

التهاب الأنف (تضخم الأنف الجلدي والغدد الدهنية) ، يمكن أن يعاني المرضى من العد الوردي العيني (التهاب القرنية ، التهاب الجفن ، التهاب الملتحمة)

No comedones , not related to androgens (unlike acne.V)

لا كوميدونات ، لا علاقة لها بالأندروجينات (على عكس حب الشباب الخامس)

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

- Associated with flushing
- Trigger factors (alcohol, heat, hot beverages, hot spicy foods, sun light, and immotional stress)
- Multifactorial -Vasomotor lability -Flourinated corticosteroids
- Demodex folliculorum

Treatment:

1. Antibiotics:
2. Topical or systemic: Tetracycline – metronidazole
3. Flushing triger avoidance
4. Topical steroid avoidance
5. Surgical correction of phymatous changes

D.D. of Red face

- Erysepilas - Rosacea - SLE
- seb. Der - Photo der - Contact der – Urticaria

Side effects of Retinoids:

- Chelitis,epistaxis,erythema
- Teratogenic
- hepatotoxicity, hyperlipidemia

Contra indications:

- pregnancy, lactation, liver diseases, hyperlipidemia

~ Allergic Skin diseases

.

❖ Eczema/Dermatitis

Eczema is an inflammatory skin reaction characterized histologically by spongiosis and clinically by itching, redness, scaling and papulovesicular eruption. The terms eczema and dermatitis are generally regarded as synonymous.
Eczema/dermatitis may be presented as acute, subacute or chronic. In the acute eczema erythema, edema, oozing and papulovesicular eruptions are the presenting features. In the subacute eczema, the lesion shows less erythema, edema and oozing with scaling and crusting. In the chronic eczema, the lesion shows thickening and lichenification.

Varieties of eczema/dermatitis

1. **Contact dermatitis.**
2. **Atopic dermatitis.**
3. **Infective dermatitis.**
4. **Seborrhoeic dermatitis.**
5. **Discoid eczema.**
6. **Pompholyx.**
7. **Gravitational eczema.**
8. **Pityriasis alba.**

1. Contact dermatitis

A-Irritant contact dermatitis

Irritant dermatitis is an inflammatory reaction in the skin resulting from exposure to a substance that causes an eruption in most people who come in contact with it if a sufficiently high concentration of the substance is used. No previous exposure to the substance is necessary, and the effect is evident within minutes or a few hours at most.

B-Allergic contact dermatitis

Allergic contact dermatitis is an acquired sensitivity to various substances that produce inflammatory reaction in only those who have been previously exposed to the allergen (sensitizer) i.e. does not occur from the first exposure. It results from a specific acquired hypersensitivity of the delayed type i.e. cell-mediated immunity. Persons may be exposed to the allergens for years before developing dermatitis.

Clinical picture

The clinical pictures of irritant and allergic contact dermatitis are more or less the same. The primary signs in contact dermatitis are erythema, swelling, papules and papulovesicles. If contact dermatitis persists, it may be due to continued or repeated exposure to the allergen or irritant. It becomes dry, scaly and lichenification and fissuring may develop later. The site and morphology of the lesion may point to the cause.

Diagnosis

History. Site and morphology of the dermatitis. Patch testing in allergic contact dermatitis.

Treatment

- **Detection and avoidance of the cause.**
- **The use of protective measures e.g. gloves.**
- **Treatment of the dermatitis.**

2. Atopic dermatitis

AD is an itchy, chronic, relapsing inflammatory skin condition, frequently associated with other atopic conditions in individual or other family members.

Clinical Picture AD starts at any age. Distribution of eruption varies with age.

- **Infantile phase** (2 months- 2 years) The lesions frequently start on the face but may occur anywhere. The lesions consist of erythema and edematous papules. The papules are intensily itchy, and may become exudative and crusted.
- **Childhood phase** (2-12 years) The sites most commonly involved are the elbow and knee flexures, sides of the neck, wrists and ankles. The erythematous and edematous papules tend to be replaced by lichenification true eczematous lesions with vesiculation may occur. Itching is also intense.
- **Adult phase** (12 years and more) The picture is similar to that in later childhood, with lichenification, especially the flexures and hands.

Treatment

- Reduction of trigger factors as soap, detergents, wool, some foods and stress.
- Bath oils and application of emollients.
- Topical corticosteroids.
- Systemic corticosteroid in severe non-responding cases. ????? antihistamines

3. Infective dermatitis

Infective eczema is eczema which is caused by microorganisms or their products, and which clears when the organisms are eradicated.

Associated with flushing

ترافق مع التنظيف

Trigger factors (alcohol, heat, hot beverages, hot spicy foods, sun light, and immotional stress)

عوامل الإثارة (الكحول والحرارة والمشروبات الساخنة والأطعمة الحارة الحارة وضوء الشمس والإجهاد العاطفي)

Multifactorial -Vasomotor lability -Flourinated

متعدد العوامل - القدرة الحركية - المفلورة

corticosteroids

الستيرويدات القشرية

Treatment:

علاج:

1. Antibiotics:

1. المضادات الحيوية:

2. Topical or systemic: Tetracycline – metronidazole 3. Flushing triger avoidance

2. موضعي أو جهازي: التتراسيكلين - ميترونيدازول 3. تجنب النمل

Topical steroid avoidance 4.

تجنب الستيرويد الموضعي 4.

5. Surgical correction of phymatous changes

5. التصحيح الجراحي للتغيرات الفيزيائية

D.D. of Red face

د. من وجه أحمر

- Erysepilas - Rosacea - SLE

- الحمرة - الوردية - الذئبة الحمراء

- seb. Der - Photo der - Contact der – Urticaria

- سب. Der - Photo der - Contact der - Urticaria

B-Allergic contact dermatitis

التهاب الجلد التماسي ب- الحساسية

Allergic contact dermatitis is an acquired sensitivity to various substances that produce inflammatory reaction in only those who have been previously exposed to the allergen (sensitizer) i.e. does not occur from the first exposure. It results from a specific acquired hypersensitivity of the delayed type i.e. cell-mediated immunity. Persons may be exposed to the allergens for years before developing dermatitis.

التهاب الجلد التماسي التحسسي هو حساسية مكتسبة لمواد مختلفة تنتج تفاعلًا التهابيًا فقط لدى أولئك الذين سبق أن تعرضوا لمسببات الحساسية (المحسس) أي لا يحدث منذ التعرض الأول. ينتج عن فرط الحساسية المكتسبة المحددة من النوع المتأخر ، أي المناعة الخلوية. قد يتعرض الأشخاص لمسببات الحساسية لسنوات قبل أن يصابوا بالتهاب الجلد.

Clinical picture

الصورة السريرية

The clinical pictures of irritant and allergic contact dermatitis are more or less the same. The primary signs in contact dermatitis are erythema, swelling, papules and papulovesicles. If contact dermatitis persists, it may be due to continued or repeated exposure to the allergen or irritant. It becomes dry, scaly and lichenification and fissuring may develop later. The site and morphology of the lesion may point to the cause.

الصور السريرية لالتهاب الجلد التماسي المهيج والحساسية متشابهة إلى حد ما. العلامات الأولية لالتهاب الجلد التماسي هي الحمامي والتورم والحطاطات والحطاطات الحطاطية. إذا استمر التهاب الجلد التماسي ، فقد يكون ذلك بسبب التعرض المستمر أو المتكرر لمسببات الحساسية أو المهيجات. يصبح جافًا ومتقشرًا وقد يتطور التحزز والتشقق لاحقًا. قد يشير موقع وشكل الآفة إلى السبب.

Side effects of Retinoids:

الآثار الجانبية للريتينويدات:

- Chelitis,epistaxis,erythema

- التهاب كلوي ، رعاف ، حمامي

- Teratogenic

- تأثيرات مسخية

- hepatotoxicity, hyperlipidemia

- السمية الكبدية ، فرط شحميات الدم

Contra indications:

مؤشرات كونترا:

- pregnancy, lactation, liver diseases, hyperlipidemia

- الحمل ، الإرضاع ، أمراض الكبد ، فرط شحميات الدم

Diagnosis

تشخيص

History. Site and morphology of the dermatitis. Patch testing in allergic contact dermatitis.

تاريخ. موقع ومورفولوجيا التهاب الجلد. اختبار البقعة في التهاب الجلد التماسي التحسسي.

Treatment

علاج

Detection and avoidance of the cause.

الكشف عن السبب وتجنبه.

The use of protective measures e.g. gloves. Treatment of the dermatitis.

استخدام التدابير الوقائية على سبيل المثال قفازات. علاج التهاب الجلد.

~ Allergic Skin diseases

~ أمراض الجلد التحسسية

2.Atopic dermatitis

2- التهاب الجلد التأتبي

AD is an itchy, chronic, relapsing inflammatory skin condition, frequently associated with other atopic conditions in individual or other family members.

الزهايمر هو حالة جلدية التهابية مزمنة ومسببة للحكة ، وغالبًا ما ترتبط بحالات تأتبية أخرى لدى الأفراد أو أفراد الأسرة الآخرين.

Eczema/Dermatitis

الأكزيما / التهاب الجلد

Eczema is an inflammatory skin reaction characterized histologically

الأكزيما هي تفاعل جلدي التهابي يتميز تشريحيا

by spongiosis and clinically by itching, redness, scaling and

عن طريق الإسفنج وسريريا عن طريق الحكة والاحمرار والقشور و

papulovesicular eruption. The terms eczema and dermatitis are

اندفاع حطاطي حويصلي. مصطلحات الأكزيما والتهاب الجلد

generally regarded as synonymous.

تعتبر بشكل عام مرادف.

Eczema/dermatitis may be presented as acute, subacute or chronic. In

قد تظهر الأكزيما / التهاب الجلد على أنها حادة أو تحت الحاد أو مزمن. في

the acute eczema erythema, edema, oozing and papulovesicular

الأكزيما الحادة الحمامي ، وذمة ، ناز وحطاطي حويصلي

eruptions are the presenting features. In the subacute eczema, the

الانفجارات هي ميزات العرض. في الأكزيما تحت الحادة ، فإن

lesion shows less erythema, edema and oozing with scaling and

تظهر الآفة أقل حمامي وذمة ونز مع تحجيم و

crusting. In the chronic eczema, the lesion shows thickening and

تقشر. في الأكزيما المزمنة ، تظهر الآفة سماكة و

lichenification.

تحزز.

Varieties of eczema/dermatitis

أنواع مختلفة من الأكزيما / التهاب الجلد

1. Contact dermatitis.

1. التهاب الجلد التماسي.

2. Atopic dermatitis.

2. التهاب الجلد التأتبي.

3. Infective dermatitis.

3. التهاب الجلد المعدي.

4. Seborrhoeic dermatitis.

4. التهاب الجلد الدهني.

5. Discoid eczema.

5. الأكزيما القرصية.

6. Pompholyx.

6. بومفوليكس.

7. Gravitational eczema.

7. اكزيما الجاذبية.

8. Pityriasis alba.

8. النخالية ألبا.

1.Contact dermatitis

1- التهاب الجلد التلامسي

A-Irritant contact dermatitis

التهاب الجلد التماسي المهيج

Irritant dermatitis is an inflammatory reaction in the skin resulting

التهاب الجلد المهيج هو تفاعل التهابي يحدث في الجلد

from exposure to a substance that causes an eruption in most people

من التعرض لمادة تسبب ثوراناً عند معظم الناس

who come in contact with it if a sufficiently high concentration of the

الذين يتلامسون معها إذا كان تركيز عالي بما فيه الكفاية من

substance is used. No previous exposure to the substance is necessary,

المادة المستخدمة. لا يلزم التعرض السابق للمادة.

and the effect is evident within minutes or a few hours at most.

ويظهر التأثير خلال دقائق أو بضع ساعات على الأكثر.

Clinical Picture AD starts at any age. Distribution of eruption varies with age.

تبدأ الصورة السريرية ميلادي في أي عمر. يختلف توزيع الثوران مع تقدم العمر.

Infantilephase (2 months- 2 years) The lesions frequently start on the face but may occur anywhere. The lesions consist of erythema and edematous papules. The papules are intensily itchy, and may become exudative and crusted.

مرحلة الرضاعة (شهرين - سنتين) تبدأ الآفات بشكل متكرر على الوجه ولكنها قد تحدث في أي مكان. الآفات تتكون من حمامي وحطاطات متوذمة. الحطاطات تسبب حكة شديدة وقد تصبح نضحية ومتقشرة.

Childhoodphase (2-12 years) The sites most commonly involved are the elbow and knee flexures, sides of the neck, wrists and ankles. The erythematous and edematous papules tend to be replaced by lichenification true eczematous lesions with vesiculation may occur. Itching is also intense.

مرحلة الطفولة (2-12 سنة) المواقع الأكثر إصابة هي ثنيات الكوع والركبة وجانبي العنق والمعصمين والكاحلين. تميل الحطاطات الحمامية والمتوذمة إلى الاستعاضة عنها بحزازات أكزيمائية حقيقية مع حويصلات. الحكة شديدة أيضًا.

Adult phase (12 years and more) The picture is similar to that in later childhood, with lichenification, especially the flexures and hands.

مرحلة البالغين (12 سنة فأكثر) الصورة مشابهة لتلك الموجودة في مرحلة الطفولة المتأخرة ، مع التحزز ، خاصة الانثناءات والأيدي.

Treatment

علاج

Reduction of trigger factors as soap, detergents, wool, some foods and stress.

الحد من العوامل المسببة مثل الصابون والمنظفات والصوف وبعض الأطعمة والتوتر.

Bath oils and application of emollients.

زيوت الاستحمام واستخدام المرطبات.

Topical corticosteroids.

الستيرويدات القشرية الموضعية.

Systemic corticosteroid in severe non-responding cases. ?????

كورتيكوستيرويد جهازى فى الحالات الشديدة التى لا تستجيب. ؟؟؟؟

antihistamines

مضادات الهيستامين

3.Infective dermatitis

3- التهاب الجلد المعدي

Infective eczema is eczema which is caused by microorganisms or their products, and which clears when the organisms are eradicated.

الأكزيما المعدية هي الأكزيما التي تسببها الكائنات الحية الدقيقة أو منتجاتها ، والتي تزول عندما يتم القضاء على الكائنات الحية.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

Often it develops about a discharging abscess, sinus, or ulcer as an area of erythema with microvesicles.

Treatment

Treatment of the infection in addition to treatment of the eczema.

4. Seborrhoeic dermatitis

It is a chronic dermatitis, which has a red sharply marginated lesions covered with greasy scales and distributed in areas with a rich supply of sebaceous glands namely the scalp, face and upper trunk The yeast Malassezia furfur may have a role in the etiology of the disease.

Clinical picture

- Dandruff (visible desquamation from the scalp surface) appears to be the precursor of seborrhoeic dermatitis, and this may progress through redness, irritation and increasing scaling of the scalp to seborrhoeic dermatitis.

- Seborrhoeic dermatitis commonly originates in hairy skin, and involves the scalp, face, presternal and interscapular regions and the flexures. The lesions tend to be dull or yellowish red in color and covered with greasy scales. The lesions may be generalized, with erythema, scaling, oozing and pruritus and may progress to erythroderma.

Treatment

Dandruff is usually treated by medicated shampoos as ketoconazole and selenium sulphide shampoos.
Seborrhoeic dermatitis of the glabrous skin is treated as eczema.
Seborrhoeic dermatitis

5. Discoid eczema (Nummular eczema)

Discoid eczema is characterized by circular or oval plaques of eczema with a clearly demarcated edge.

Clinical picture

The diagnostic lesion of discoid eczema is a coin shaped plaque of closely set, thin-walled vesicles on an erythematous base. Itching is usually severe. Middle aged men are most frequently affected. Discoid eczema usually begins on the lower legs, dorsa of hands, or extensor surfaces of the arm.

6. Pompholyx (Dyshidrotic eczema)

Pompholyx is characterized by sudden onset of crops of clear vesicles, which appear deeply seated on the palms and soles. Vesicles may become confluent and present as large bullae. Itching may be severe. The attack subsides spontaneously, and resolution with desquamation occurs in 2-3 weeks.

7. Gravitational eczema (Venous or stasis eczema)

Gravitational eczema is commonly secondary to venous hypertension, usually occurs in the lower leg and affects mainly middle-aged or elderly females. The eczema is usually accompanied by other manifestations of venous hypertension, including varicosity, edema, purpura, hemosiderosis and ulceration.

8. Pityriasis alba

Pityriasis alba is a type of non specific dermatitis, of unknown origin. It is more common in children. It is characterized by erythematous scaly patches which subside to leave areas of hypopigmentation. The lesions are often confined to the face.

Treatment of eczema

☒ **General measures**

- **The cause should be removed or avoided.**
- **Antihistamines for itching.**
- **Antibiotics, local and systemic for secondary infection.**
- **Corticosteroids, local for the majority of cases and systemic for the severe, generalized or resistant cases.**
- **Wet dressings e.g. potassium permanganate 1/8000 are used for the acute cases.**
- **Creams are used for the subacute cases.**
- **Ointments are used for the chronic cases.**

❖ Urticaria

Urticaria is a transient eruption of erythematous or edematous swellings of the dermis and is usually associated with itching. The urticarial wheal results from increased capillary permeability, which allows proteins and fluids to extravasate.

Classification

Urticaria may be acute with complete resolution within 6 weeks of onset or chronic lasting more than 6 weeks. It can also be classified into: immunologic, non-immunologic or idiopathic.

Etiologic factors

* Drugs e.g. penicillin, salicylates, morphine, nonsteroidal anti-inflammatory drugs and codeine.
* Foods e.g. seafood, strawberries, chocolate, Food additives.
* Insect bites and stings.
* Physical agents e.g. heat, cold and physical injury.
* Inhalants e.g. nasal sprays, pollens and animal danders.
* Infections e.g. focus of infection in the sinuses, teeth or tonsils.
* Parasitic infestations e.g. ascaris and ankylostoma.
* Emotional stress. It is important in cholinergic urticaria.

Clinical picture

Itchy erythematous macules develop into wheals. They occur anywhere on the body, last a few hours and resolve within 24 hours. Mucosal swellings occur inside the oral cavity, tongue, pharynx and larynx.

Special varieties of urticaria

1. **Papular urticaria.**
2. **Physical urticaria e.g. dermographism, cholinergic urticaria, cold urticaria.**
3. **Angioedema (angioneurotic edema) is a type of acute urticaria** affects the most distensible tissues e.g. eyelids, lips, lobes of the ears and external genitals with circumscribed edema. The swelling affects the deeper parts of the skin or the subcutaneous tissue with the overlying skin unaltered. It may also affect the mucous membranes. Affection of the larynx is a life threatening condition.

Treatment

* Detection and avoidance of the cause.
* Antihistamines.
* Corticosteroids (systemic) in severe cases.
* Topical antipruritic e.g. calamine lotion.

Often it develops about a discharging abscess, sinus, or ulcer as an area of erythema with microvesicles.

غالبًا ما يتطور حول خروج خراج أو جيوب أنفية أو قرحة كمنطقة حمامي مع حويصلات مجهرية.

Treatment

علاج

Treatment of the infection in addition to treatment of the eczema.

علاج العدوى بالإضافة إلى علاج الأكزيما.

4.Seborrhoeic dermatitis

4- التهاب الجلد الدهني

It is a chronic dermatitis, which has a red sharply marginated lesions covered with greasy scales and distributed in areas with a rich supply of sebaceous glands namely the scalp, face and upper trunk The yeast Malassezia furfur may have a role in the etiology of the disease.

هو التهاب جلدي مزمن ، له آفات حمراء هامشية بشكل حاد مغطاة بقشور دهنية وموزعة في مناطق غنية بالغدد الدهنية وهي فروة الرأس والوجه والجذع العلوي.قد يكون لخميرة الملاسيزية دور في مسببات المرض .

Treatment of eczema

علاج الاكزيما

General measures

تدابير عامة

The cause should be removed or avoided.

يجب إزالة السبب أو تجنبه.

Antihistamines for itching.

مضادات الهيستامين للحكة.

Antibiotics, local and systemic for secondary infection. Corticosteroids, local for the majority of cases and systemic for the severe, generalized or resistant cases.

مضادات حيوية موضعية وجهازية للعدوى الثانوية. الكورتيكوستيرويدات ، موضعية لمعظم الحالات وجهازية للحالات الشديدة أو المعممة أو المقاومة.

Wet dressings e.g. potassium permanganate 1/8000 are used for the acute cases.

الضمادات المبللة على سبيل المثال يستخدم برمنجنات البوتاسيوم 1/8000 للحالات الحادة.

Creams are used for the subacute cases.

تستخدم الكريمات للحالات تحت الحادة.

Ointments are used for the chronic cases.

تستخدم المراهم للحالات المزمنة.

Clinical picture

الصورة السريرية

Dandruff (visible desquamation from the scalp surface) appears to be the precursor of seborrhoeic dermatitis, and this may progress through redness, irritation and increasing scaling of the scalp to seborrhoeic dermatitis.

يبدو أن قشرة الرأس (التقشر المرئي من سطح فروة الرأس) هي مقدمة لالتهاب الجلد الدهني ، وقد يتطور هذا من خلال الاحمرار والتهيج وزيادة تقشر فروة الرأس إلى التهاب الجلد الدهني.

Seborrhoeic dermatitis commonly originates in hairy skin, and involves the scalp, face, presternal and interscapular regions and the flexures. The lesions tend to be dull or yellowish red in color and covered with greasy scales. The lesions may be generalized, with erythema, scaling, oozing and pruritus and may progress to erythroderma.

عادة ما ينشأ التهاب الجلد الدهني في الجلد المشعر ، ويشمل فروة الرأس والوجه والمناطق أمام القص وبين القطبين والسطوح العاطفة. تميل الآفات إلى أن تكون باهتة أو حمراء اللون ومغطاة بقشور دهنية. قد تكون الآفات معممة ، مع حمامي ، قشور ، ناز وحكة وقد تتطور إلى احمرار الجلد.

Urticaria

الشرى

Urticaria is a transient eruption of erythematous or edematous swellings of the dermis and is usually associated with itching. The urticarial wheal results from increased capillary permeability, which allows proteins and fluids to extravasate.

الشرى هو اندفاع عابر لتورمات حمامية أو وذمية في الأدمة وعادة ما يرتبط بالحكة. ينتج الإنبات الشروي عن زيادة نفاذية الشعيرات الدموية ، مما يسمح للبروتينات والسوائل بالتسرب.

Classification

تصنيف

Urticaria may be acute with complete resolution within 6 weeks of onset or chronic lasting more than 6 weeks. It can also be classified into: immunologic, non-immunologic or idiopathic.

قد يكون الشرى حادًا مع حل كامل في غضون 6 أسابيع من البداية أو مزمنًا يستمر لأكثر من 6 أسابيع. يمكن أيضًا تصنيفها إلى: مناعي ، غير مناعي أو مجهول السبب.

Treatment

علاج

Dandruff is usually treated by medicated shampoos as ketoconazole and selenium sulphide shampoos.

عادة ما يتم علاج قشرة الرأس بالشامبو الدوائي مثل الكيتوكونازول وشامبو كبريتيد السيلينيوم.

Seborrhoeic dermatitis of the glabrous skin is treated as eczema.

يتم التعامل مع التهاب الجلد الدهني للجلد اللامع على أنه إكزيما.

Seborrhoeic dermatitis

التهاب الجلد الدهني

5.Discoid eczema (Nummular eczema)

5- أكزيما الديسكويد (الأكزيما الفطرية)

Discoid eczema is characterized by circular or oval plaques of eczema with a clearly demarcated edge.

تتميز الأكزيما القرصية بوجود لويحات دائرية أو بيضاوية من الأكزيما ذات حافة واضحة المعالم.

Etiologic factors

العوامل المسببة

* Drugs e.g. penicillin, salicylates, morphine, nonsteroidal anti- inflammatory drugs and codeine.

* المخدرات مثل البنسلين ، الساليسيلات ، المورفين ، العقاقير غير الستيرويدية المضادة للالتهابات والكوديين.

* Foods e.g. seafood, strawberries, chocolate, Food additives. * Insect bites and stings.

* الأطعمة مثل المأكولات البحرية والفراولة والشوكولاته والمضافات الغذائية. * لدغات ولسعات الحشرات.

* Physical agents e.g. heat, cold and physical injury.

* العوامل الفيزيائية مثل الحرارة والبرودة والإصابة الجسدية.

* Inhalants e.g. nasal sprays, pollens and animal danders.

* المستنشقات مثل بخاخات الأنف وحبوب اللقاح وظلال الحيوانات.

* Infections e.g. focus of infection in the sinuses, teeth or tonsils. * Parasitic infestations e.g. ascaris and ankylostoma.

* الالتهابات مثل بؤرة العدوى في الجيوب الأنفية أو الأسنان أو اللوزتين. * الإصابة بالطفيليات مثل اسكاريس و ankylostoma.

* Emotional stress. It is important in cholinergic urticaria.

* ضغط عاطفي. من المهم في الشرى الكوليني.

Clinical picture

الصورة السريرية

The diagnostic lesion of discoid eczema is a coin shaped plaque of closely set, thin-walled vesicles on an erythematous base. Itching is usually severe. Middle aged men are most frequently affected. Discoid eczema usually begins on the lower legs, dorsa of hands, or extensor surfaces of the arm.

الآفة التشخيصية للإكزيما القرصية هي عبارة عن لوحة على شكل عملة معدنية من حويصلات رفيعة الجدران مثبتة بشكل وثيق على قاعدة حمامية. عادة ما تكون الحكة شديدة. الرجال في منتصف العمر هم الأكثر تضررا. تبدأ الأكزيما القرصية عادةً في أسفل الساقين أو ظهر اليدين أو الأسطح الباسطة للذراع.

Itchy erythematous macules develop into wheals. They occur anywhere on the body, last a few hours and resolve within 24 hours. Mucosal swellings occur inside the oral cavity, tongue, pharynx and larynx.

تتطور اللطاخات الحمامية المسببة للحكة إلى شروية. تحدث في أي مكان من الجسم ، وتستمر لبضع ساعات وتختفي في غضون 24 ساعة. تحدث التورمات المخاطية داخل تجويف الفم واللسان والبلعوم والحنجرة.

6.Pompholyx (Dyshidrotic eczema)

6- بومفوليكس (أكزيما خلل التعرق)

Pompholyx is characterized by sudden onset of crops of clear vesicles, which appear deeply seated on the palms and soles. Vesicles may become confluent and present as large bullae. Itching may be severe. The attack subsides spontaneously, and resolution with desquamation occurs in 2-3 weeks.

يتميز بومفوليكس بالظهور المفاجئ لمحاصيل الحويصلات الصافية ، والتي تظهر بعمق على راحتي اليدين وباطن القدمين. قد تصبح الحويصلات متكدسة وتتواجد على شكل فقاعات كبيرة. قد تكون الحكة شديدة. ينحسر الهجوم تلقائيًا ، ويحدث حل مع التقشر في غضون 2-3 أسابيع.

7.Gravitational eczema (Venous or stasis

7- أكزيما الجاذبية (وريدي أو ركود

eczema)

الأكزيما)

Gravitational eczema is commonly secondary to venous hypertension, usually occurs in the lower leg and affects mainly middle-aged or elderly females. The eczema is usually accompanied by other manifestations of venous hypertension, including varicosity, edema, purpura, hemosiderosis and ulceration.

أكزيما الجاذبية هي عادة ثانوية لارتفاع ضغط الدم الوريدي ، وعادة ما تحدث في أسفل الساق وتؤثر بشكل رئيسي على الإناث في منتصف العمر أو المسنات. عادة ما تصاحب الإكزيما مظاهر أخرى لارتفاع ضغط الدم الوريدي ، بما في ذلك الدوالي ، والوذمة ، والفرفرية ، وداء الهيموسيدية والتقرح.

8.Pityriasis alba

8- النخالية ألبا

Pityriasis alba is a type of non specific dermatitis, of unknown origin. It is more common in children. It is characterized by erythematous scaly patches which subside to leave areas of hypopigmentation. The lesions are often confined to the face.

النخالية البيضاء هي نوع من التهاب الجلد غير النوعي مجهولة المنشأ. وهو أكثر شيوعًا عند الأطفال. يتميز ببقع حمامية متقشرة تهدأ لتترك مناطق نقص التصبغ. غالبًا ما تقتصر الآفات على الوجه.

Special varieties of urticaria 1.Papular urticaria.

أصناف خاصة من الشرى 1. الشرى الحطاطي.

2.Physical urticaria e.g. dermographism, cholinergic urticaria, cold urticaria.

2- الشرى الجسدي مثل: تخطيط الجلد ، الشرى الكوليني ، الشرى البارد.

3.Angioedema (angioneurotic edema) is a type of acute

3- الوذمة الوعائية (وذمة وعائية عصبية) هي نوع من الوذمة الوعائية الحادة

urticaria affects the most distensible tissues e.g. eyelids, lips, lobes of the ears and external genitals with circumscribed edema.

يؤثر الشرى على الأنسجة الأكثر توزعًا على سبيل المثال. الجفون والشفتين وفصوص الأذنين والأعضاء التناسلية الخارجية مع وذمة محدودة.

The swelling affects the deeper parts of the skin or the

يؤثر التورم على الأجزاء العميقة من الجلد أو

subcutaneous tissue with the overlying skin unaltered. It may also affect the mucous membranes. Affection of the larynx is a life threatening condition.

النسيج تحت الجلد مع الجلد المغطى دون تغيير. قد يؤثر أيضًا على الأغشية المخاطية. تعد المودة في الحنجرة من الحالات التي تهدد الحياة.

Treatment

علاج

* Detection and avoidance of the cause. * Antihistamines.

* الكشف عن السبب وتجنبه. * مضادات الهيستامين.

* Corticosteroids (systemic) in severe cases.

* الكورتيكوستيرويدات (الجهازية) في الحالات الشديدة.

Topical antipruritic e.g. calamine lotion. *

مضاد موضعي للحكة مثل غسول كالامين. *

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

* *Papular urticarial* It is a characteristic reaction to insect bites as mosquitoes or fleas.

Clinical picture

The lesions develop mainly on the upper and lower extremities particularly the forearms and legs. Initially, an extremely itchy urticarial wheal develops at the site of the bite, and this is succeeded by a firm pruritic papule, which may be surmounted by a tiny vesicle. Itching is an almost constant symptom and secondary infection is a common complication. Usually subsides spontaneously.

Treatment

Control of insects. Antihistamines. Topical antipruritics e.g. calamine.

* *Prurigo of Hebra* It is a pruritic papular eruption believed to be a continuation of papular urticaria.

Clinical Picture

It is a disease of children and affects mainly the extensor surfaces of the extremities but in long standing cases, other areas may be affected. Lichenification and Lymphadenopathy is common. Spontaneous cure usually occurs in adolescence.

Treatment - As for papular urticaria

❖ *Erythema multiforme*

EM is an acute self-limited eruption of the skin and m.m. by the distinctive target or iris lesion

Etiology

The precise etiology is unknown. The trigger factors are:

1. Viral infections
2. Mycoplasma pneumoniae.
3. X-ray therapy.
4. Drugs.
5. Lupus erythematosus.
6. Carcinoma, lymphoma.

Clinical picture

* Erythema multiforme minor. This accounts for about 80% of the cases. It occurs seasonally in the spring and fall. The lesions are dull red maculopapules in addition to the characteristic target or iris lesions. A typical target lesion has 3 zones: a central area of dusky erythema or purpura, middle paler zone of edema and an outer ring of erythema. Classically, the backs of the hands, palms, wrists, feet and extensor aspects of the elbows and knees are affected, less commonly the face. There may be erosions or bullae on the mucous membranes
* Erythema multiforme major (Stevens-Johnson syndrome). It is the severe form of the disease and frequently accompanied by a febrile prodrome. Mucous membranes show extensive bullae formation and erosions. The skin lesions may be in the form of maculopapules, bullae or pustular lesions.

Treatment

* Treatment or eradication of the trigger factor.
* Antihistamines, and antibiotics if there is secondary infection.
* Topical corticosteroids, and systemic therapy in severe cases.
* Management in a burn unit if the bullous lesions and erosions are extensive.

❖ *Drug eruptions*

Drug eruptions are probably the most frequent of all manifestations of drug sensitivity. They may arise as a result of immunological allergy directed against the drug itself, a reactive metabolite or some contaminant of the drug or more commonly, by non-immunological mechanisms.

Fixed drug eruption

Fixed drug eruptions characteristically recur in the same site or sites each time the drug is administered. The drugs commonly cause this eruption are: sulphonamides, tetracyclines,

Clinical picture

The lesion usually presents as sharply marginated, round or oval itchy plaques of erythema and edema becoming dusky violaceus or brown, and sometimes vesicular or bullous. Lesions are commoner on the limbs, but about half the cases occur on the oral and genital mucosa. Characteristically prolonged post-inflammatory hyperpigmentation results.

Treatment

* The suspected drug must be stopped.
* Oral antihistamines.
* Systemic corticosteroids in severe cases.
* Topical antipruritics and steroids

~ *Erythematosquamous diseases*

❖ *Psoriasis*

Psoriasis is a common, chronic, recurrent inflammatory disease of the skin characterized by round, circumscribed, erythematous, scaly papules and plaques of various sizes, covered by silvery white scales.

Etiology

The etiology is unknown; the suggested causes are:

* Genetic predisposition; family history is common.
* Epidermal hyper-proliferation.
* Vascular proliferation.
* Immunological and inflammatory abnormalities.

Provocating factors :

- **Trauma** : All types of trauma can lead to the development of plaque psoriasis. The development of psoriatic lesions at a site of injury is known as the Koebner phenomenon
- **Infection**:An acute eruption of guttate psoriasis may be provoked by streptococcal pharyngitis.
- **Drugs**. Lithium ,withdrawal of systemic corticosteroids, beta-blockers, antimalarials, and NSAIDs may cause flare of the disease
- **Sunlight**: generally considered to be beneficial for most of the patients, strong sunlight may worsen the disease.
- **Stress** - Many patients report an increase in the psoriasis severity with psychological stress.
- **Alcohol** - Alcohol is considered a risk factor for psoriasis.
- **Endocrine** – the disease state may fluctuate with hormonal changes. Psoriasis may begin during puberty. Pregnancy may

*Papular urticarialIt is a characteristic reaction to insect bites as mosquitoes or fleas.

* الشرى الحطاطي: وهو تفاعل مميز لدغات الحشرات مثل البعوض أو البراغيث.

*Management in a burn unit if the bullous lesions and erosions are extensive.

* التدبير في وحدة الحروق إذا كانت الآفات الفقاعية والتقرحات واسعة النطاق.

Clinical picture

الصورة السريرية

The lesions develop mainly on the upper and lower extremities particularly the forearms and legs. Initially, an extremely itchy urticarial wheal develops at the site of the bite, and this is succeeded by a firm pruritic papule, which may be surmounted by a tiny vesicle. Itching is an almost constant symptom and secondary infection is a common complication. Usually subsides spontaneously.

تتطور الآفات بشكل رئيسي على الأطراف العلوية والسفلية وخاصة الساعدين والساقين. في البداية ، يتطور شَرب شروي شديد الحكة في موقع اللدغة ، ويتبع ذلك حطاطة حاكة صلبة ، يمكن أن تعلوها حويصلة صغيرة. الحكة من الأعراض المستمرة تقريبًا والعدوى الثانوية من المضاعفات الشائعة. عادة ما ينحسر بشكل عفوي.

Treatment

علاج

Control of insects. Antihistamines. Topical antipruritics e.g. calamine.

مكافحة الحشرات. مضادات الهيستامين. مضادات الحكة الموضعية على سبيل المثال كالامين.

*Prurigo of Hebra It is a pruritic papular eruption believed to be a continuation of papular urticaria.

* حكة هيبرا وهو اندفاع حطاطي حاك يعتقد أنه استمرار للشرى الحطاطي.

Clinical Picture

الصورة السريرية

It is a disease of children and affects mainly the extensor surfaces of the extremities but in long standing cases, other areas may be affected. Lichenification and Lymphadenopathy is common. Spontaneous cure usually occurs in adolescence.

إنه مرض يصيب الأطفال ويصيب بشكل أساسي الأسطح الباسطة للأطراف ولكن في حالات طويلة الأمد ، قد تتأثر مناطق أخرى. يعد التحزز وتضخم العقد اللمفية أمرًا شائعًا. عادة ما يحدث العلاج التلقائي في مرحلة المراهقة.

Treatment - As for papular urticaria

العلاج - كالشرى الحطاطي

Drug eruptions

الانفجارات الدوائية

Drug eruptions are probably the most frequent of all manifestations of drug sensitivity. They may arise as a result of immunological allergy directed against the drug itself, a reactive metabolite or some contaminant of the drug or more commonly, by non-immunological mechanisms.

ربما تكون الاندفاعات الدوائية هي الأكثر شيوعًا من بين جميع مظاهر حساسية الدواء. قد تنشأ نتيجة للحساسية المناعية الموجهة ضد الدواء نفسه ، أو المستقلب التفاعلي أو بعض الملوثات للدواء أو بشكل أكثر شيوعًا ، عن طريق آليات غير مناعية.

Fixed drug eruption

ثوران الدواء الثابت

Fixed drug eruptions characteristically recur in the same site or sites each time the drug is administered. The drugs commonly cause this eruption are: sulphonamides, tetracyclines,

تتكرر الانفجارات الدوائية الثابتة بشكل مميز في نفس الموقع أو المواقع في كل مرة يتم فيها إعطاء الدواء. الأدوية التي تسبب هذا الاندفاع عادة هي: السلفوناميدات ، التتراسيكلين ،

Clinical picture

الصورة السريرية

The lesion usually presents as sharply marginated, round or oval itchy plaques of erythema and edema becoming dusky violaceus or brown, and sometimes vesicular or bullous. Lesions are commoner on the limbs, but about half the cases occur on the oral and genital mucosa. Characteristically prolonged

تظهر الآفة عادة على شكل لويحات هامشية حادة ، مستديرة أو بيضاوية حاكة من حمامي وذمة تصبح بنفسجية داكنة أو بنية ، وأحيانًا حويصلي أو فقاعي. تكون الآفات أكثر شيوعًا على الأطراف ، لكن حوالي نصف الحالات تحدث على الغشاء المخاطي للفم والأعضاء التناسلية. ممتد بشكل مميز

post-inflammatory hyperpigmentation results.

نتائج فرط تصبغ ما بعد الالتهاب.

*The suspected drug must be stopped. *Oral antihistamines.

* يجب إيقاف العقار المشتبه به. * مضادات الهيستامين عن طريق الفم.

*Systemic corticosteroids in severe cases.

- الكورتيكوستيرويدات الجهازية فى الحالات الشديدة.

*Topical antipruritics and steroids

* مضادات الحكة الموضعية والمنشطات

Erythema multiforme

حمامي عديدة الأشكال

EM is an acute self-limited eruption of the skin and m.m. by the distinctive target or iris lesion

EM هو اندفاع حاد ومحدود ذاتيًا للجلد و m.m. بالهدف المميز أو آفة القزحية

~Erythematosquamous diseases

~ أمراض الحمامي الحرشفية

Etiology

المسببات

The precise etiology is unknown. The trigger factors are: 1. Viral infections

المسببات الدقيقة غير معروفة. العوامل المسببة هي: 1. الالتهابات الفيروسية

2. Mycoplasma pneumoniae.

2. الميكوبلازما الرئوية.

3. X-ray therapy.

3. العلاج بالأشعة السينية.

4. Drugs.

4. المخدرات.

5. Lupus erythematosus.

5. الذئبة الحمامية.

6. Carcinoma, lymphoma.

6. سرطان الغدد الليمفاوية.

Clinical picture

الصورة السريرية

*Erythema multiforme minor. This accounts for about 80% of the cases. It occurs seasonally in the spring and fall. The lesions are dull red maculopapules in addition to the characteristic target or iris lesions. A typical target lesion has 3 zones: a central area of dusky erythema or purpura, middle paler zone of edema and an outer ring of erythema. Classically, the backs of the hands, palms, wrists, feet and extensor aspects of the elbows and knees are affected, less commonly the face. There may be erosions or bullae on the mucous membranes

* حمامي عديدة الأشكال طفيفة. هذا يمثل حوالي 80٪ من الحالات. يحدث موسميا في الربيع والخريف. الآفات عبارة عن حطاطات لطاعية حمراء باهتة بالإضافة إلى الهدف المميز أو آفات قزحية العين. الآفة المستهدفة النموذجية لها 3 مناطق: منطقة مركزية من حمامي داكنة أو فرفرية ، منطقة شحوب متوسطة من الوذمة وحلقة خارجية من الحمامي. كلاسيكياً ، تتأثر ظهور اليدين ، والنخيل ، والمعصمين ، والقدمين ، والجوانب الباسطة للمرفقين والركبتين ، وأقل شيوعًا في الوجه. قد تكون هناك تقرحات أو فقاعات على الأغشية المخاطية

*Erythema multiforme major (Stevens-Johnson syndrome). It is the severe form of the disease and frequently accompanied by a febrile prodrome. Mucous membranes show extensive bullae formation and erosions. The skin lesions may be in the form of maculopapules, bullae or pustular lesions.

- الحمامي عديدة الأشكال الكبرى (متلازمة ستيفنز جونسون). وهو شكل حاد من المرض وغالبًا ما يكون مصحوبًا ببادرة من الحمى. تظهر الأغشية المخاطية تكوينًا واسعًا للفقاعات وتآكلًا. قد تكون الآفات الجلدية على شكل حطاطات لطاعية أو فقاعات أو آفات بثرية.

Treatment

علاج

*Treatment or eradication of the trigger factor.

* علاج او استئصال العامل الزناد.

*Antihistamines, and antibiotics if there is secondary infection.

* مضادات الهيستامين والمضادات الحيوية إذا كانت هناك عدوى ثانوية.

*Topical corticosteroids, and systemic therapy in severe cases.

* الكورتيكوستيرويدات الموضعية ، والعلاج الجهازي في الحالات الشديدة.

Psoriasis

الصدفية

Psoriasis is a common, chronic, recurrent inflammatory disease of the skin characterized by round, circumscribed, erythematous, scaly papules and plaques of various sizes, covered by silvery white scales.

الصدفية هي مرض جلدي شائع ومزمن ومتكرر يتسم بحطاطات دائرية ومحدودة وحمامية ولويحات متقشرة ومغطاة بقشور بيضاء فضية.

Etiology

المسببات

The etiology is unknown; the suggested causes are: *Genetic predisposition; family history is common. *Epidermal hyper-proliferation.

المسببات غير معروفة. الأسباب المقترحة هي: * الاستعداد الوراثي. تاريخ العائلة شائع. * فرط تكاثر البشرة.

*Vascular proliferation.

* تكاثر الأوعية الدموية.

*Immunological and inflammatory abnormalities.

* التشوهات المناعية والتهابات.

Provocating factors :

عوامل الاستفزاز:

Trauma : All types of trauma can lead to the development of plaque psoriasis. The development of psoriatic lesions at a site of injury is known as the Koebner phenomenon

الصدمة: يمكن أن تؤدي جميع أنواع الصدمات إلى تطور الصدفية اللويحية. يُعرف تطور آفات الصدفية في موقع الإصابة بظاهرة كوبنر

Infection:An acute eruption of guttate psoriasis may be provoked by streptococcal pharyngitis.

العدوى: الاندفاع الحاد للصدفية النقطية قد يكون ناتجاً عن التهاب البلعوم العقدي.

Drugs. Lithium ,withdrawal of systemic corticosteroids, beta- blockers, antimalarials, and NSAIDs may cause flare of the disease

الأدوية. الليثيوم ، سحب الكورتيكوستيرويدات الجهازية ، حاصرات بيتا ، مضادات الملاريا ، ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية قد تسبب اندلاع المرض

Sunlight: generally considered to be beneficial for most of the patients, strong sunlight may worsen the disease.

ضوء الشمس: يعتبر بشكل عام مفيدًا لمعظم المرضى ، وقد يؤدي ضوء الشمس القوي إلى تفاقم المرض.

Stress - Many patients report an increase in the psoriasis severity with psychological stress.

الإجهاد - أبلغ العديد من المرضى عن زيادة في شدة الصدفية مع الضغط النفسي.

Alcohol - Alcohol is considered a risk factor for psoriasis.

الكحول - يعتبر الكحول عامل خطر للإصابة بالصدفية.

Endocrine – the disease state may fluctuate with hormonal changes. Psoriasis may begin during puberty. Pregnancy may

الغدد الصماء - قد تتقلب حالة المرض مع التغيرات الهرمونية. قد تبدأ الصدفية خلال فترة البلوغ. الحمل قد

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

improve the disease. while a flare may occur during post-partum period.

Pathogenesis

- Rapid proliferation of the epidermal cells with no enough time for maturation results in parakeratosis and scale formation.
- The pathology of psoriasis reflects the underlying immune-mediated inflammation and cellular hyperproliferation.
- Hyperkeratosis with parakeratosis (presence of nucleated keratinocytes in the stratum corneum due lack of maturation of cells since rapid transit time do not permit normal maturation of cells).
- Reduced or absent granular layer.
- Acanthosis with elongation of rete ridges and a corresponding upward elongation of dermal papillae.
- Infiltrate: Mononuclear in dermis and polymorphs in the upper epidermis forming collections called 'microabscess of Munro'.
- Upper dermal vasculature shows dilatation and tortuosity.

Classification:

1-non pustular ps
2- pustular ps

Clinical picture (non pustular ps)

* Psoriasis is an asymptomatic disease but itching may be present in acute spreading cases and the flexural type.
* The characteristic lesions are erythematous papules and plaques covered with dry, silvery-white scales. The eruption is usually bilateral and symmetrical and may vary from a solitary lesion to more than 100.
* Any site can be affected but the commonest are; extensor surfaces of the limbs, elbows, knees, sacral region, scalp and nails.
* The course of the disease is chronic and unpredictable.
* The lesions are covered with a silvery white, mica-like, loosely adherent scales which, on removal may reveal punctate bleeding points (Auspitz sign)

Clinical types

- **Psoriasis vulgaris.** Classical type, previously described.
- **Guttate psoriasis.** -Guttate psoriasis generally follows a **streptococcal** infection and presents with an acute symmetrical eruption Lesions are the size of water drops.
- **Discoid (Nummular) psoriasis.** Coin-shaped lesions.
- **Annular psoriasis.** Ring shaped lesions.
- **Psoriasis of the scalp.** Multiple plaques or diffuse involvement with no loss of hair.
- **Psoriasis of the nails.** Pitting, loss of translucency, onycholysis, subungual hyperkeratosis.
- **Flexural psoriasis.** Affects the flexures as the groins and axillae. Due to friction and moisture scaling is reduced or absent and itching is common.
- **Pustular psoriasis.** May be localized or generalized. The pustules are sterile.
- **Erythrodermic psoriasis.** Erythema and scaling involving almost all the skin surface.
- **Arthropathic psoriasis.** Psoriasis associated with arthropathy. It may be in the form of distal arthritis (distal interphalangeal joints), arthritis mutilans or rheumatoid-like arthritis.

Variations by site:

8. **Scalp:** Diffusely involved. Thick scaling, no hair loss.
9. **Penis:** Well-circumscribed reddish plaque without scales.
10. **Hands and feet:** Diffuse hyperkeratosis, Thick scales, fissures.
11. **Sacral regions:** thick fissures plaques, scaling may be absent.
12. **Nails:** involved in 25 to 50% of cases.

-Nail pitting.
-Discoloration.
-Subungual hyperkeratosis.
-Onycholysis (separation of nail-plate from the nail bed) giving rise to oil-drop sign.
-Thickened friable nail plate.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Diagnosis of psoriasis is usually based on typical clinical features alone. However, in certain cases, depending on the type and site of lesions, the following diseases may need to be considered in the differential diagnosis.

- Seborrhoeic dermatitis
- Pityriasis rubra pilaris
- Leprosy
- Candidiasis
- Discoid lupus erythematosus
- Hyperkeratotic eczema of hands and feet
- Pityriasis rosea
- Lichen simplex
- Secondary syphilis
- Lichen planus
- Tinea corporis and cruris

Treatment

A- Topical therapy

- Corticosteroids. It is the most frequent therapy, used with occlusion is more effective. Intralesional injection of steroids is very useful in small lesions.
- Tars. Crude coal tar 2-5%.
- Salicylic acid. 3-5%.
- Vitamin D3 analogue (Calcipotriol).

B- Photherapy: is used in the cases of extensive, widespread disease resistant to topical treatment .

- **UVB** - Ultraviolet B (UVB) irradiation utilizes ultraviolet radiation with wavelengths 290-320 nm (visible light range is 400-700 nm). It is used alone or combined with one or more topical treatments. The Goeckerman regimen uses coal tar followed by UVB exposure and the Ingram method is based on anthralin application following a tar bath and UVB treatment. UVB more commonly is now combined with topical corticosteroids, calcipotriene, tazarotene, or simply bland emollients. UVB phototherapy is extremely effective for treating moderate-to-severe plaque psoriasis. Narrow-band UVB (UVB of 311 nm wave length) is now increasingly used for its effectiveness and low potential for photodamage.

- **PUVA photochemotherapy** : In this therapy (also known as PUVA), a photosensitizing drug psoralen (8-methoxypsoralens) is given orally, followed by ultraviolet A (UVA) irradiation to treat patients with more extensive disease. UVA irradiation utilizes light with wavelengths 320-400 nm. PUVA, decreases cellular proliferation by interfering with DNA synthesis, and also induces a localized immunosuppression by its action on T lymphocytes... Therapy usually is given 2-3 times per week on an outpatient basis, with maintenance treatments every 2-4 weeks until remission. Adverse effects of PUVA therapy include nausea,

improve the disease. while a flare may occur during post-partum period.

يحسن المرض. بينما قد يحدث التوهج خلال فترة ما بعد الولادة.

Pathogenesis

طريقة تطور المرض

Rapid proliferation of the epidermal cells with no enough time for maturation results in parakeratosis and scale formation.

يؤدي التكاثر السريع لخلايا البشرة مع عدم وجود وقت كافٍ للنضج إلى ظهور نظير التقرن وتكوين القشور.

The pathology of psoriasis reflects the underlying immune- mediated inflammation and cellular hyperproliferation.

تعكس أمراض الصدفية الالتهاب الكامن بوساطة المناعة وفرط الانتشار الخلوي.

 Hyperkeratosis with parakeratosis (presence of nucleated keratinocytes in the stratum corneum due lack of maturation of cells since rapid transit time do not permit normal maturation of cells).

فرط التقرن مع نظير التقرن (وجود الخلايا الكيراتينية النواة في الطبقة القرنية بسبب نقص نضوج الخلايا لأن وقت العبور السريع لا يسمح بالنضج الطبيعي للخلايا).

Reduced or absent granular layer.

طبقة حبيبية منخفضة أو غير موجودة.

Acanthosis with elongation of rete ridges and a corresponding upward elongation of dermal papillae.

تفريغ مع استطالة حواف شبكية واستطالة تصاعدية للحليمات الجلدية.

 Infiltrate: Mononuclear in dermis and polymorphs in the upper

الارتشاح: أحادي النواة في الأدمة ومتعدد الأشكال في الجزء العلوي

epidermis forming collections called ‘microabscess of Munro’. Upper dermal vasculature shows dilatation and tortuosity.

البشرة التي تشكل مجموعات تسمى "الخراجات الدقيقة لمونرو". يظهر على الأوعية الدموية الجلدية العلوية تمدد وتعرج.

Variations by site:

الاختلافات حسب الموقع:

8.Scalp: Diffusely involved. Thick scaling, no hair loss.

8- فروة الرأس: منتشرة. قشور كثيفة ، لا تساقط الشعر.

9.Penis: Well-circumscribed reddish plaque without scales. 10.Hands and feet: Diffuse hyperkeratosis, Thick scales, fissures. 11.Sacral regions: thick fissures plaques, scaling may be absent. 12.Nails: involved in 25 to 50% of cases.

9- القضيب: لوحة ضاربة إلى الحمرة مقيدة جيدًا بدون قشور. 10- اليدين والقدمين: فرط تقرن منتشر ، قشور سميكة ، تشققات. 11- مناطق العجز: لويحات شقوق سميكة ، قد تكون غائبة. 12- المسامير: في 25 إلى 50٪ من الحالات.

-Nail pitting.

-تأليب الأظافر.

-Discoloration.

- تلون.

-Subungual hyperkeratosis.

- فرط التقرن تحت اللسان.

-Onycholysis (separation of nail-plate from the nail bed) giving rise to oil-drop sign.

- انحلال الأظافر (فصل صفيحة الظفر عن فراش الظفر) مما يؤدي إلى ظهور علامة قطرة الزيت.

-Thickened friable nail plate.

- صفيحة أظافر سميكة قابلة للتفتيت.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

تشخيص متباين

Diagnosis of psoriasis is usually based on typical clinical features alone. However, in certain cases, depending on the type and site of lesions, the following diseases may need to be considered in the differential diagnosis.

عادة ما يعتمد تشخيص الصدفية على السمات السريرية النموذجية وحدها. ومع ذلك ، في بعض الحالات ، اعتمادًا على نوع وموقع الآفات ، قد يلزم أخذ الأمراض التالية في الاعتبار عند التشخيص التفريقي.

Seborrhoeic dermatitis

التهاب الجلد الدهني

Pityriasis rubra pilaris

النخالية rubra pilaris

Leprosy

جذام

Classification:

تصنيف:

1-non pustular ps

1-غير البثرية

Candidiasis

داء المبيضات

Discoid lupus erythematosus

الذئبة الحمامية القرصية

Hyperkeratotic eczema of hands and feet

الأكزيما المفرطة التقرن في اليدين والقدمين

Pityriasis rosea

النخالية الوردية

Clinical picture (non pustular ps)

الصورة السريرية (ps غير البثرية)

*Psoriasis is an asymptomatic disease but itching may be present in acute spreading cases and the flexural type.

* الصدفية مرض عديم الأعراض ولكن قد تظهر الحكة في حالات الانتشار الحادة ونوع الانحناء.

*The characteristic lesions are erythematous papules and plaques covered with dry, silvery-white scales. The eruption is usually bilateral and symmetrical and may vary from a solitary lesion to more than 100.

* الآفات المميزة هي حطاطات ولويحات حمامية مغطاة بقشور جافة بيضاء فضية. عادة ما يكون الثوران ثنائيًا ومتماثلًا وقد يختلف من آفة انفرادية إلى أكثر من 100.

*Any site can be affected but the commonest are; extensor surfaces of the limbs, elbows, knees, sacral region, scalp and nails.

* يمكن أن يتأثر أي موقع ولكن الأكثر شيوعًا هو ؛ الأسطح الباسطة للأطراف والمرفقين والركبتين والمنطقة العجزية وفروة الرأس والأظافر.

*The course of the disease is chronic and unpredictable.

* مسار المرض مزمن ولا يمكن التنبؤ به.

*The lesions are covered with a silvery white, mica-like, loosely adherent scales which, on removal may reveal punctate bleeding points (Auspitz sign)

* الآفات مغطاة بقشور بيضاء فضية شبيهة بالميكا ، والتي قد تكشف عند الإزالة نقاط نزيف مثقوبة (علامة أوبيتز)

Clinical types

الأنواع السريرية

- Psoriasis vulgaris. Classical type, previously described.

- الصدفية الشائعه. النوع الكلاسيكي ، الموصوفة سابقا.

▪ Guttate psoriasis. -Guttate psoriasis generally follows a streptococcal infection and presents with an acute symmetrical eruption Lesions are the size of water drops.

▪ الصدفية النقطية. - الصدفية النقطية بشكل عام تتبع عدوى بالمكورات العقدية وتظهر مع اندفاع متناظر حاد. الآفات بحجم قطرات الماء.

▪ Discoid (Nummular) psoriasis. Coin-shaped lesions.

▪ الصدفية القرصية. آفات على شكل عملة معدنية.

▪ Annular psoriasis. Ring shaped lesions.

▪ الصدفية الحلقية. آفات على شكل حلقة.

▪ Psoriasis of the scalp. Multiple plaques or diffuse involvement with no loss of hair.

▪ صدفية فروة الرأس. لويحات متعددة أو تورط منتشر مع عدم تساقط الشعر.

▪ Psoriasis of the nails. Pitting, loss of translucency, onycholysis, subungual hyperkeratosis.

▪ صدفية الأظافر. التنقر ، فقدان الشفافية ، انحلال الظفر ، فرط التقرن تحت الفطري.

▪ Flexural psoriasis. Affects the flexures as the groins and axillae. Due to friction and moisture scaling is reduced or absent and itching is common.

▪ الصدفية العاطفية. يؤثر على الانثناءات مثل الفخذ والإبط. بسبب الاحتكاك والرطوبة ، يتم تقليل التقشر أو عدم وجوده وتكون الحكة شائعة.

▪ Pustular psoriasis. May be localized or generalized. The pustules are sterile.

▪ الصدفية البثرية. قد تكون مترجمة أو معممة. البثور عقيمة.

▪ Erythrodermic psoriasis. Erythema and scaling involving almost all the skin surface.

▪ صدفية محمرة للجلد. حمامي وتقشر يشمل كل سطح الجلد تقريبًا.

▪ Arthropathic psoriasis. Psoriasis associated with arthropathy. It may be in the form of distal arthritis (distal interphalangeal joints), arthritis mutilans or rheumatoid-like arthritis.

▪ الصدفية المفصلية. الصدفية المصاحبة لاعتلال المفاصل. قد يكون في شكل التهاب المفاصل البعيد (المفاصل البعيدة بين السلامية) ، والتهاب المفاصل mutilans أو التهاب المفاصل الروماتويدي.

Lichen simplex

حزاز بسيط

Secondary syphilis

الزهري الثانوي

Lichen planus

الحزاز المسطح

 Tinea corporis and cruris

السعفة الجسدية والسرطان

Treatment

علاج

A- Topical therapy

أ- العلاج الموضعي

Corticosteroids. It is the most frequent therapy, used with occlusion is more effective. Intralesional injection of steroids is very useful in small lesions.

الستيرويدات القشرية. إنه العلاج الأكثر شيوعًا ، ويستخدم مع الانسداد وهو أكثر فعالية. حقن المنشطات داخل الآفة مفيد جدا في الآفات الصغيرة.

Tars. Crude coal tar 2-5%.

القطران. قطران الفحم الخام 2-5٪.

Salicylic acid. 3-5%.

حمض الساليسيليك. 3-5٪.

Vitamin D3 analogue (Calcipotriol).

نظير فيتامين د 3 (كالسيبوتريول).

B- Photherapy: is used in the cases of extensive, widespread disease resistant to topical treatment .

ب- العلاج الطبيعي: يستخدم في حالات انتشار المرض الواسع والمقاوم للعلاج الموضعي.

UVB- Ultraviolet B (UVB) irradiation utilizes ultraviolet radiation with wavelengths 290-320 nm (visible light range is 400-700 nm). It is used alone or combined with one or more topical treatments. The Goeckerman regimen uses coal tar followed by UVB exposure and the Ingram method is based on anthralin application following a tar bath and UVB treatment.

UVB - الأشعة فوق البنفسجية ب (UVB) تستخدم الأشعة فوق البنفسجية بأطوال موجية 290-320 نانومتر (نطاق الضوء المرئي 400-700 نانومتر). يتم استخدامه بمفرده أو مع واحد أو أكثر من العلاجات الموضعية. يستخدم نظام Goeckerman قطران الفحم متبوعًا بالتعرض للأشعة فوق البنفسجية UVB وطريقة Ingram تعتمد على تطبيق anthralin بعد حمام القطران وعلاج UVB.

UVB more commonly is now combined with topical corticosteroids, calcipotriene, tazarotene, or simply bland emollients. UVB phototherapy is extremely effective for treating moderate-to-severe plaque psoriasis. Narrow-band UVB (UVB of 311 nm wave length) is now increasingly used for its effectiveness and low potential for photodamage.

يتم الآن دمج UVB بشكل أكثر شيوعًا مع الكورتيكوستيرويدات الموضعية أو الكالسيبوترين أو التازاروتين أو ببساطة المرطبات اللطيفة. العلاج بالضوء UVB فعال للغاية في علاج الصدفية اللويحية المتوسطة إلى الشديدة. يتم الآن استخدام الأشعة فوق البنفسجية ضيقة النطاق (UVB بطول موجة 311 نانومتر) بشكل متزايد لفعاليتها وإمكانية منخفضة للتلف الضوئي.

PUVAphotochemotherapy : In this therapy (also known as PUVA), a photosensitizing drug psoralen (8-methoxypsoralens) is given orally, followed by ultraviolet A (UVA) irradiation to treat patients with more extensive disease. UVA irradiation utilizes light with wavelengths 320-400 nm. PUVA, decreases cellular proliferation by interfering with DNA synthesis, and also induces a localized immunosuppression by its action on T lymphocytes... Therapy usually is given 2-3 times per week on an outpatient basis, with maintenance treatments every 2-4 weeks until remission. Adverse effects of PUVA therapy include nausea,

العلاج الكيميائي الضوئي PUVA: في هذا العلاج (المعروف أيضًا باسم PUVA) ، يتم إعطاء دواء psoralen (8-methoxypsoralens) التحسس للضوء عن طريق الفم ، متبوعًا بالإشعاع فوق البنفسجي A (UVA) لعلاج المرضى الذين يعانون من مرض أكثر انتشارًا. يستخدم تشعيع UVA الضوء بأطوال موجية 320-400 نانومتر. يقلل PUVA من التكاثر الخلوي عن طريق التدخل في تخليق الحمض النووي ، ويحث أيضًا على تثبيط المناعة الموضعي من خلال تأثيره على الخلايا اللمفاوية التائية ... عادة ما يتم إعطاء العلاج 2-3 مرات في الأسبوع في العيادة الخارجية ، مع علاجات الصيانة كل 2-4 أسابيع حتى مغفرة. تشمل الآثار الضارة لعلاج PUVA الغثيان ،

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

pruritus, and burning. Long-term complications include increased risks of photo damage and skin cancer. PUVA has been combined with oral retinoid derivatives to decrease the cumulative dose of UVA radiation to the skin.

- Eximer laser (308 nm)

c- Systemic therapy: Systemic treatments are used when both topical treatments and phototherapy have failed. Also used for patients with very active psoriatic arthritis, erythrodermic psoriasis and generalized pustular psoriasis.

- Antimetabolites:Methotrexate (a folic acid antagonist). is the most popular agent used. A weekly oral or intramuscular dose of 15 to 25 mg is used. Main side effects are nausea, vomiting, hepatic dysfunction
- Retinoids: Acitretin (a synthetic vitamin A derivative.) s used in a dose of 10 to 20 mg/day. Main side effects are : teratogenicity (the drug should not be used in women of child-bearing potential) , hypertriglyceridemia, xerosis of skin, chelitis and alopecia
- Cyclosporine A (immunosuppressive drug). The usual dosage is 3 to 6mg/kg per day. The commonest side effects are hypertension and nephrotoxicity
- Biological therapy

COMPLICATIONS

- Complications are relatively uncommon.
- Many of the complications (pustular psoriasis, erythroderma) are commonly due to inappropriate and aggressive therapy.
- Psoriatic arthritis.
- Pustular psoriasis.
- Erythroderma and its metabolic complications.
- Infection, particularly Staph. infections of the patches.
- Eczematization due to topical agents.
- Psychological consequences : depression, anxiety, lack of self-esteem.
- Potential complications of systemic therapy should not be overlooked.

PROGNOSIS

- The course of plaque psoriasis is unpredictable. The duration of active disease, the time or the frequency of relapses, or the duration of a remission are unpredictable.. The disease rarely is life threatening, but often is intractable to treatment with relapses occurring in the majority of patients.
- Both early onset and family history of disease are considered poor prognostic indicators.
- Some suggest that stress also is associated with an unfavorable prognosis

❖ *Lichen planus*

Lichen planus is a chronic pruritic disease of the skin and mucous membranes of unknown etiology.

Clinical picture

The pathognomonic lesions are violaceous, flat-topped, shiny, polyangular papules. The sites of predilection are the flexor aspect of wrists and forearms, lumbar region, medial thigh and around the ankles. The lesions usually heal with deep pigmentation. Mucous membrane lesions are very common, occurring in 30-70% of cases. Itching is often prominent.

Clinical varieties

- Hypertrophic lichen planus.
- Atrophic lichen planus.
- Linear lichen planus.
- Annular lichen planus.
- Follicular lichen planus. Affects hair follicles.
- Actinic lichen planus. Affects areas exposed to sun.
- Lichen planus of the mucous membranes. The buccal mucosa and tongue are most often involved, white streaks forming lace-like are characteristic.

Treatment

1. Topical corticosteroids.
2. Oral antihistamines.
3. Systemic corticosteroids

❖ *Pityriasis rosea*

Pityriasis rosea is an acute self-limiting disease affecting children and young adults and characterized by a distinctive skin eruption. It is more common in spring and autumn. The etiology is unknown.

Clinical picture

- The first manifestation of the disease is usually the appearance of the herald patch, which is larger than the lesions of the later eruption and is usually situated on the trunk, thigh or upper arm. It is sharply defined, red, round or oval macule, 2-5 cm in diameter and covered by fine scales.
- After 5 to 15 days, the general eruption begins to appear in crops over a week or 10 days. The lesions have the same appearance of the herald patch. The center tends to clear, with a marginal collarette of scales. The long axes of the lesions are usually parallel to the ribs. The eruption is bilateral and symmetrical and involves the trunk and the proximal parts of the extremities. The skin lesions commonly fade after 3-6 weeks.

Atypical varieties

- **Inverted type.** Affects only the face and limbs.
- **Abortive type.** No lesions except the herald patch.
- **Localized type.** Confined to a single region.

Treatment

- Reassurance as the disease is self-limiting.
- Antihistamines for itching.
- Topical corticosteroids.
- Ultraviolet irradiation.

❖ *Pityriasis Rubra Pilaris*

It is uncommon skin disorders. Their name means that they share some of the same features, e.g. scaling (pityriasis), redness (rubra) and involvement of the hair follicles (pilaris).

The cause of PRP is not known. It is not an infection and cannot be passed on to others.

PRP occurs in individuals of all racial backgrounds and appears to affect both genders equally

Symptoms: -The cardinal clinical features of PRP are hyperkeratotic follicular papules (plugging of the hair follicles with keratin), orange-red scaling plaques (elbows, knees, hands, feet, and ankles), scaly scalp, and palmoplantar hyperkeratosis. Well-demarcated areas of spared skin (also known as “islands of sparing”) are a frequent finding in patients with generalized involvement. Erythroderma may occur as a complication of PRP.

pruritus, and burning. Long-term complications include increased risks of photo damage and skin cancer. PUVA has been combined with oral retinoid derivatives to decrease the cumulative dose of UVA radiation to the skin.

حكة وحرق. تشمل المضاعفات طويلة المدى زيادة مخاطر تلف الصورة وسرطان الجلد. تم دمج PUVA مع مشتقات الريتينويد عن طريق الفم لتقليل الجرعة التراكمية من أشعة UVA على الجلد.

Eximer laser (308 nm)

ليزر إكسيمر (308 نانومتر)

c- Systemic therapy: Systemic treatments are used when both topical treatments and phototherapy have failed. Also used for patients with very active psoriatic arthritis, erythrodermic psoriasis and generalized pustular psoriasis.

ج- العلاج الجهازي: يتم استخدام العلاجات الجهازية عند فشل كل من العلاجات الموضعية والعلاج الضوئي. يستخدم أيضًا للمرضى الذين يعانون من التهاب المفاصل الصدفي النشط للغاية والصدفية الحمراء والصدفية البثرية المعممة.

Antimetabolites:Methotrexate (a folic acid antagonist). is the most popular agent used. A weekly oral or intramuscular dose of 15 to 25 mg is used. Main side effects are nausea, vomiting, hepatic dysfunction

مضادات الأيض: ميثوتريكسات (مضاد حمض الفوليك). هو العامل الأكثر استخدامًا. يتم استخدام جرعة أسبوعية عن طريق الفم أو العضل من 15 إلى 25 مجم. الآثار الجانبية الرئيسية هي الغثيان والقيء والضعف الكبدي

Retinoids: Acitretin (a synthetic vitamin A derivative.) s used in a dose of 10 to 20 mg/day. Main side effects are : teratogenicity (the drug should not be used in women of child-bearing potential) , hypertriglyceridemia, xerosis of skin, chelitis and alopecia

ريتينويدس: أسيتريتين (مشتق صناعي من فيتامين أ) يستخدم بجرعة من 10 إلى 20 ملغ / يوم. الآثار الجانبية الرئيسية هي: المسخية (لا ينبغي استخدام الدواء في النساء في سن الإنجاب) ، فرط شحوم الدم ، جفاف الجلد ، التهاب القولون ، والثعلبة.

Cyclosporine A (immunosuppressive drug). The usual dosage is 3 to 6mg/kg per day. The commonest side effects are hypertension and nephrotoxicity

سيكلوسبورين أ (دواء مثبط للمناعة). المقدار الدوائي الإعتيادي هو 3 إلى 6 مجم / كجم في اليوم. الآثار الجانبية الأكثر شيوعًا هي ارتفاع ضغط الدم والسمية الكلوية

Biological therapy

العلاج البيولوجي

Clinical varieties

الأصناف السريرية

▪Hypertrophic lichen planus.

▪ الحزاز المسطح الضخامي.

▪ Atrophic lichen planus.

▪ الحزاز المسطح الضموري.

▪Linear lichen planus.

▪ الحزاز المسطح الخطي.

▪Annular lichen planus.

▪ الحزاز المسطح الحلقي.

▪Follicular lichen planus. Affects hair follicles.

▪ الحزاز المسطح المسامي. يؤثر على بصيلات الشعر.

▪Actinic lichen planus. Affects areas exposed to sun.

▪ الحزاز المسطح السفعي. يصيب المناطق المعرضة للشمس.

▪Lichen planus of the mucous membranes. The buccal mucosa and tongue are most often involved, white streaks forming lace-like are characteristic.

▪ حزاز مسطح في الأغشية المخاطية. غالبًا ما يتأثر الغشاء المخاطي الشدقي واللسان ، وتكون الخطوط البيضاء التي تشبه الدانتيل مميزة.

Treatment

علاج

1. Topical corticosteroids.

1. الكورتيكوستيرويدات الموضعية.

2. Oral antihistamines.

2. مضادات الهيستامين عن طريق الفم.

Systemic corticosteroids 3.

الستيرويدات القشرية الجهازية 3.

Pityriasis rosea

النخالية الوردية

Pityriasis rosea is an acute self-limiting disease affecting children and young adults and characterized by a distinctive skin eruption. It is more common in spring and autumn. The etiology is unknown.

النخالية الوردية مرض حاد ذاتي الشفاء يصيب الأطفال والشباب ويتميز بطفح جلدي مميز. وهو أكثر شيوعًا في الربيع والخريف. المسببات غير معروفة.

COMPLICATIONS

المضاعفات

 Complications are relatively uncommon.

المضاعفات غير شائعة نسبيًا.

Clinical picture

الصورة السريرية

The first manifestation of the disease is usually the appearance of the herald patch, which is larger than the lesions of the later eruption and is usually situated on the trunk, thigh or upper arm. It is sharply defined, red, round or oval macule, 2-5 cm in diameter and covered by fine scales.

عادة ما يكون المظهر الأول للمرض هو ظهور البقعة النبيلة ، والتي تكون أكبر من آفات الاندفاع المتأخر وعادة ما تكون موجودة على الجذع أو الفخذ أو العضد. وهي بقعة محددة بشكل حاد ، حمراء ، مستديرة أو بيضاوية ، قطرها 2-5 سم ومغطاة بمقاييس دقيقة.

After 5 to 15 days, the general eruption begins to appear in crops over a week or 10 days. The lesions have the same appearance of the herald patch. The center tends to clear, with a marginal collarette of scales. The long axes of the lesions are usually parallel to the ribs. The eruption is bilateral and symmetrical and involves the trunk and the proximal parts of the extremities. The skin lesions commonly fade after 3-6 weeks.

بعد 5 إلى 15 يومًا ، يبدأ الاندفاع العام في الظهور في المحاصيل على مدار أسبوع أو 10 أيام. الآفات لها نفس مظهر البقعة النبيلة. يميل المركز إلى الإزالة ، مع وجود طوق هامشي من المقاييس. عادة ما تكون محاور الآفات الطويلة موازية للأضلاع. الاندفاع ثنائي ومتماثل وينطوي على الجذع والأجزاء القريبة من الأطراف. عادة ما تتلاشى الآفات الجلدية بعد 3-6 أسابيع.

Atypical varieties

أصناف غير نمطية

Inverted type. Affects only the face and limbs.

نوع مقلوب. يصيب الوجه والأطراف فقط.

Abortive type. No lesions except the herald patch.

نوع فادح. لا توجد آفات ما عدا البقعة المنذرة.

Localized type. Confined to a single region.

النوع المحلي. محصورة في منطقة واحدة.

Treatment

علاج

▪Reassurance as the disease is self-limiting.

▪ الاطمئنان لأن المرض يشفى من تلقاء نفسه.

▪Antihistamines for itching.

▪ مضادات الهيستامين للحكة.

▪Topical corticosteroids.

▪ الكورتيكوستيرويدات الموضعية.

▪Ultraviolet irradiation.

▪ الأشعة فوق البنفسجية.

Pityriasis Rubra Pilaris

النخالية روبرا بيلاريس

It is uncommon skin disorders. Their name means that they share some of the same features, e.g. scaling (pityriasis), redness (rubra)

إنها اضطرابات جلدية غير شائعة. يعني اسمهم أنهم يشتركون في بعض الميزات نفسها ، على سبيل المثال تحجيم (النخالية) ، احمرار (أحمر)

Many of the complications (pustular psoriasis,

العديد من المضاعفات (الصدفية البثرية ،

erythroderma) are commonly due to inappropriate and

erythroderma) بشكل شائع بسبب غير مناسب و

aggressive therapy.

العلاج العدواني.

Psoriatic arthritis.

التهاب المفاصل الصدفية.

Pustular psoriasis.

الصدفية البثرية.

Erythroderma and its metabolic complications.

احمرار الجلد ومضاعفاته الأيضية.

Infection, particularly Staph. infections of the patches.

العدوى وخاصة المكورات العنقودية. التهابات البقع.

Eczematization due to topical agents.

التأزم بسبب العوامل الموضعية.

Psychological consequences : depression, anxiety, lack of self-esteem.

العواقب النفسية: اكتئاب ، قلق ، قلة احترام الذات.

 Potential complications of systemic therapy should not be overlooked.

لا ينبغي إغفال المضاعفات المحتملة للعلاج الجهازي.

PROGNOSIS

التكهن

The course of plaque psoriasis is unpredictable. The duration of active disease, the time or the frequency of relapses, or the duration of a remission are unpredictable.. The disease rarely is life threatening, but often is intractable to treatment with relapses occurring in the majority of patients.

لا يمكن التنبؤ بمسار الصدفية اللويحية. لا يمكن التنبؤ بمدة المرض النشط أو وقت أو تكرار الانتكاسات أو مدة الهدوء .. نادرًا ما يكون المرض مهددًا للحياة ، ولكنه غالبًا ما يكون مستعصًا على العلاج مع الانتكاسات التي تحدث في غالبية المرضى.

Both early onset and family history of disease are considered poor prognostic indicators.

يعتبر كل من البداية المبكرة والتاريخ العائلي للمرض مؤشرات تنبؤية ضعيفة.

Some suggest that stress also is associated with an unfavorable prognosis

يقترح البعض أن التوتر يرتبط أيضًا بتوقعات غير مواتية

Lichen planus

الحزاز المسطح

Lichen planus is a chronic pruritic disease of the skin and mucous membranes of unknown etiology.

الحزاز المسطح مرض مزمن حاك يصيب الجلد والأغشية المخاطية مجهول السبب.

and involvement of the hair follicles (pilaris).

وإصابة بصيلات الشعر (الشعيرات).

The causeof PRP is not known. It is not an infection and cannot be passed on to others.

سبب PRP غير معروف. إنها ليست عدوى ولا يمكن أن تنتقل للآخرين.

Clinical picture

الصورة السريرية

The pathognomonic lesions are violaceous, flat-topped, shiny, polyangular papules. The sites of predilection are the flexor aspect of wrists and forearms, lumbar region, medial thigh and around the ankles. The lesions usually heal with deep pigmentation. Mucous membrane lesions are very common, occurring in 30-70% of cases. Itching is often prominent.

الآفات المرضية هي حطاطات عنيفة ، مسطحة ، لامعة ، متعددة الأشكال. مواقع الميل هي الجانب المثني للمعصمين والساعدين ومنطقة أسفل الظهر والفخذ الإنسي وحول الكاحلين. عادة ما تلتئم الآفات مع تصبغ عميق. آفات الأغشية المخاطية شائعة جدا ، تحدث في 30-70٪ من الحالات. غالبًا ما تكون الحكة بارزة.

PRP occurs in individuals of all racial backgrounds and appears to affect both genders equally

يحدث PRP في الأفراد من جميع الخلفيات العرقية ويبدو أنه يؤثر على كلا الجنسين بالتساوي

Symptoms: -The cardinal clinical features of PRP are

الأعراض: - السمات السريرية الأساسية للبلازما الغنية بالصفائح الدموية هي

hyperkeratotic follicular papules (plugging of the hair follicles with keratin), orange-red scaling plaques (elbows, knees, hands, feet, and ankles), scaly scalp, and palmoplantar hyperkeratosis. Well-

حطاطات جرابية مفرطة التقرن (انسداد بصيلات الشعر بالكيراتين) ، لويحات متقشرة برتقالية حمراء (المرفقين والركبتين واليدين والقدمين والكاحلين) وقشور فروة الرأس وفرط التقرن النخاعي. حسنًا-

demarcated areas of spared skin (also known as “islands of sparing”)

مناطق محددة من الجلد المحفوظ (تُعرف أيضًا باسم "جزر التجنيب")

are a frequent finding in patients with generalized involvement.

هي نتيجة متكررة في المرضى الذين يعانون من تورط عام.

Erythroderma may occur as a complication of PRP.

قد تحدث احمرار الجلد كمضاعفات لـ PRP.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

DD: psoriasis, seb. Dermatitis

Treatment:

- Steroid creams and ointments may also be used to remove the rashes.
- emollients may be used to get relive from dryness and cracking.
- Systemic retinoids (isotretinoin, acitretin) or methotrexate are the most commonly employed therapies

~ Sweat Glands Disorders

❖ Miliaria

I. Miliaria (sweat rash) is a disease of the eccrine sweat gland caused by excessive sweating associated with obstruction of the epidermal portion of it's duct.

II. Clinically there is two main types of miliaria according to the level of the sweat duct obstruction.

1. Miliaria Crystallina

- *The duct obstruction is in the horny layer with formation of subcorneal vesicles.*
- *It occurs with:*
  - *Sunburn.*
  - *Febrile illness associated with profuse sweating.*
  - *In newborn with excessive clothing.*
- *The vesicles are:*
  - *Non inflammatory.*
  - *Asymptomatic.*
  - *Crops of small, thin-walled vesicles with clear fluid.*
- *Mainly on the trunk.*
- *Heal with desquamation and scaling.*

2. Miliaria Rubra (prickly heat):

- *The obstruction is in the intra-epidermal portion of the ducts.*
- *Occurs in:*
  - *Hot and humid conditions.*
  - *Areas of friction.*
  - *Flexures.*
  - *Sites of occlusion.*
- *Lesions are:*
  - *Uniform, minute, red papules and vesicles surrounded by erythema .*
  - *In large numbers (in flexures or areas of friction with cloths).*
  - *With pricking sensation more than itching.*
  - *Can be complicated by :*
    - *Secondary infection (m. postulosa).*
    - *Or disturbance in heat regulation.*

Treatment

- The most effective treatment for miliaria is to place the patient in a cool environment.
- Avoidance of excessive clothing, excessive use of soap and contact of the skin with irritants.
- Soothing local applications e.g. calamine lotion.
- Oral antihistamines for itching and antibiotics for secondary infection.

❖ Hyperhidrosis

Hyperhidrosis or increased sweating, may be localized to one or several areas or generalized.

- **Palmoplantar hyperhidrosis (emotional hyperhidrosis).** This type is usually localized to the palms and soles or axillae and may be worse during warm temperatures. It may be triggered by anxiety, stress or fear.
- **Gustatory hyperhidrosis.** Certain individuals regularly experience excessive sweating of the forehead, upper lip, perioral region, or sternum a few moments after eating spicy foods, tomato, chocolate, coffee, tea or hot soups.
- **Generalized hyperhidrosis.** It may be induced by a hot humid environment, by febrile diseases, or by vigorous excercise. Hormonal disturbances such as hyperthyroidism, diabetes mellitus and menopause may also produce generalized hyperhidrosis.

Treatment

- Topical aluminium chloride,
- anticholinergics,
- iontophoresis and sympathectomy in severe cases.

~ Nails Disorders

Classification of nail disorders

- Genetic disorders: micronychia (small nails).
- Nail infections: bacterial, fungal, viral.
- Tumours: fibroma, melanoma.
- Nail changes associated with skin diseases: psoriasis, lichen planus, pityriasis rubra pilaris.
- Nail changes associated with systemic diseases.
- **Beau's Lines:** "Linear transverse/horizontal groove of one or more nail plates that migrate distally from the proximal nail fold with nail growth,usually secondary to illness, DM,CVA, trauma ,or malnutrition

Half and Half Nails Chronic Renal FailureProximally white and distally pink.

Peri-ungual Telangiectasia Connective tissue diseases e.g. SLE & DM

Clubbing:

- Curvature of the nail plate with loss of the normal angle between the nail plate and the proximal nail fold, occurs in:
  a) Pulmonary and mediastinal diseases.
  b) Cyanotic cardiovascular diseases.
  c) Hepatic cirrhosis.

Koilonychia:

- Concavity of the nail plate (spoon nail) occurs in:
  a) Iron deficiency anemia.
  b) Psoriasis.
  c) Diabetes.

DD: psoriasis, seb. Dermatitis

DD: الصدفية ، د. التهاب الجلد

Hyperhidrosis

فرط التعرق

Treatment:

علاج:

Steroid creams and ointments may also be used to remove the rashes.

يمكن أيضًا استخدام كريمات ومراهم الستيرويد لإزالة الطفح الجلدي.

emollients may be used to get relive from dryness and cracking. Systemic retinoids (isotretinoin, acitretin) or methotrexate are the most commonly employed therapies

يمكن استخدام المرطبات للتخلص من الجفاف والتشقق. تعتبر الرتينويدات الجهازية (إيزوتريتينوين ، أسيتريتين) أو ميثوتريكسات أكثر العلاجات شيوعًا

~Sweat Glands Disorders Miliaria

~ اضطرابات الغدد العرقية

Hyperhidrosis or increased sweating, may be localized to one or several areas or generalized.

قد يكون فرط التعرق أو زيادة التعرق موضعيًا في منطقة واحدة أو عدة مناطق أو معمم.

Palmoplantar hyperhidrosis (emotional hyperhidrosis). This type is usually localized to the palms and soles or axillae and may be worse during warm temperatures. It may be triggered by anxiety, stress or fear.

فرط التعرق النخاعي (فرط التعرق العاطفي). عادة ما يكون هذا النوع موضعيًا في الراحتين والأخمصين أو الإبطين وقد يكون أسوأ أثناء درجات الحرارة الدافئة. قد ينجم عن القلق أو التوتر أو الخوف.

Gustatory hyperhidrosis.

فرط التعرق القهري.

Certain individuals regularly experience excessive sweating of the forehead, upper lip, perioral region, or sternum a few moments after eating spicy foods, tomato, chocolate, coffee, tea or hot soups.

يعاني بعض الأفراد بانتظام من التعرق المفرط في الجبهة أو الشفة العليا أو المنطقة المحيطة بالفم أو القص بعد لحظات قليلة من تناول الأطعمة الحارة أو الطماطم أو الشوكولاتة أو القهوة أو الشاي أو الحساء الساخن.

Generalized hyperhidrosis.

فرط التعرق المعمم.

It may be inducedby a hot humid environment, by febrile diseases, or by vigorous excercise. Hormonal disturbances such as hyperthyroidism, diabetes mellitus and menopause may also produce generalized hyperhidrosis.

قد يكون سببها بيئة رطبة حارة ، أو أمراض حموية ، أو تمرين قوي. قد تؤدي الاضطرابات الهرمونية مثل فرط نشاط الغدة الدرقية والسكري وانقطاع الطمث أيضًا إلى فرط تعرق عام.

Miliaria (sweat rash) is a disease of the eccrine sweat gland caused by excessive sweating associated with obstruction of the epidermal portion of it's duct.

الدخنيات (الطفح الجلدي العرقي) هي مرض يصيب الغدة العرقية المفرزة بسبب التعرق المفرط المرتبط بانسداد جزء البشرة من القناة.

II.Clinically there is two main types of miliaria according to the level of the sweat duct obstruction.

ثانيا: سريريا هناك نوعان رئيسيان من الدخنيات وفقا لمستوى انسداد مجرى العرق.

1.Miliaria Crystallina

1- ميليا‌ريا كريستالينا

- The duct obstruction is in the horny layer with formation of

- انسداد مجرى الهواء في الطبقة القرنية مع تكوين

Treatment

علاج

▪Topical aluminium chloride,

▪ كلوريد الألومنيوم الموضعي ،

▪anticholinergics,

▪مضادات مفعول الكولين،

▪iontophoresis and sympathectomy in severe cases.

▪ الرحلان الشاردي واستئصال الودي في الحالات الشديدة.

subcorneal vesicles.

حويصلات تحت القرنية.

▪ It occurs with:

▪ يحدث مع:

▪Sunburn.

▪ضربة شمس.

~Nails Disorders

~ اضطرابات الأظافر

▪Febrile illness associated with profuse sweating.

▪ مرض الحمى المصاحب للتعرق الغزير.

▪In newborn with excessive clothing.

▪ عند الأطفال حديثي الولادة الذين يرتدون ملابس مفرطة.

▪ The vesicles are:

▪ الحويصلات هي:

▪Non inflammatory.

▪ غير التهابات.

▪ Asymptomatic.

▪ بدون أعراض ظاهرة.

▪Crops of small, thin-walled vesicles with clear fluid. ▪ Mainly on the trunk.

▪ محاصيل حويصلات صغيرة رقيقة الجدران مع سائل صافٍ. ▪ بشكل أساسي على الجذع.

▪ Heal with desquamation and scaling.

▪ شفاء بالتقشر والقشور.

2.Miliaria Rubra (prickly heat):

2-ميليا ريا روبرا (الحرارة الشائكة):

▪ The obstruction is in the intra-epidermal portion of the ducts.

▪ الانسداد في الجزء داخل البشرة من القنوات.

▪ Occurs in:

▪ يحدث في:

▪Hot and humid conditions.

▪ الأجواء الحارة والرطبة.

▪Areas of friction.

▪ مناطق الاحتكاك.

▪Flexures.

▪ الانحناءات.

▪Sites of occlusion.

▪ مواقع الانسداد.

▪ Lesions are:

▪ الآفات هي:

Classification of nail disorders Genetic disorders: micronychia (small nails).

تصنيف اضطرابات الأظافر الاضطرابات الجينية: ميكرونيكيا (الأظافر الصغيرة).

Nail infections: bacterial, fungal, viral.

التهابات الأظافر: بكتيرية ، فطرية ، فيروسية.

Tumours: fibroma, melanoma.

الأورام: الورم الليفي ، الورم الميلانيني.

Nail changes associated with skin diseases: psoriasis, lichen planus, pityriasis rubra pilaris.

تغيرات الأظافر المصاحبة لأمراض الجلد: الصدفية ، الحزاز المسطح ، النخالية الحمر الشعيرية.

Nail changes associated with systemic diseases.

تغيرات الأظافر المصاحبة لأمراض جهازية.

Beau's Lines: "Linear transverse/horizontal groove of one or more nail plates that migrate distally from the proximal nail fold with nail growth,usually secondary to illness, DM,CVA, trauma ,or malnutrition

خطوط العبو: "أخدود عرضي / أفقي خطي لواحد أو أكثر من صفيحة الظفر التي تهاجر بعيدًا عن ثنية الظفر القريبة مع نمو الظفر ، وعادة ما تكون ثانوية للمرض ، أو DM ، أو CVA ، أو الصدمة ، أو سوء التغذية

Half and Half Nails Chronic Renal FailureProximally white and distally pink.

نصف الأظافر ونصفها الفشل الكلوي المزمن بيضاء تقريبا والوردي البعيد.

Peri-ungual Telangiectasia Connective tissue diseases e.g. SLE & DM

أمراض النسيج الضام حول توسع الشعيرات SLE & DM

Uniform, minute, red papules and vesicles surrounded by

موحدة ، دقيقة ، حطاطات وحويصلات حمراء تحيط بها

Clubbing:

الضرب بالهراوات:

Curvature of the nail plate with loss of the normal angle

انحناء صفيحة الظفر مع فقدان الزاوية الطبيعية

between the nail plate and the proximal nail fold, occurs

بين صفيحة الظفر وطي الظفر القريب

a) Pulmonary and mediastinal diseases.

أ) أمراض الرئة والمنصف.

b) Cyanotic cardiovascular diseases.

ب) أمراض القلب والأوعية الدموية المزرقة.

c) Hepatic cirrhosis.

ج) تليف الكبد.

Koilonychia:

كويلونيكيا:

Concavity of the nail plate (spoon nail) occurs in:

يحدث تقعر صفيحة الظفر (مسمار الملعقة) في:

a) Iron deficiency anemia.

أ) فقر الدم الناجم عن نقص الحديد.

b) Psoriasis.

ب) الصدفية.

c) Diabetes.

ج) مرض السكري.

erythema .

التهاب احمرارى للجلد .

In large numbers (in flexures or areas of friction with cloths).

بأعداد كبيرة (في الثنيات أو مناطق الاحتكاك مع الملابس).

With pricking sensation more than itching.

مع الإحساس بالوخز أكثر من الحكة.

▪ Can be complicated by :

▪ يمكن أن تكون معقدة من خلال:

▪ Secondary infection (m. postulosa).

▪ العدوى الثانوية (م. postulosa).

▪ Or disturbance in heat regulation.

▪ أو اضطراب في تنظيم الحرارة.

Treatment

علاج

▪The most effective treatment for miliaria is to place the patient in a cool environment.

▪ العلاج الأكثر فعالية لمرض الملاريا هو وضع المريض في بيئة باردة.

▪Avoidance of excessive clothing, excessive use of soap and contact of the skin with irritants.

▪ تجنب الإفراط في ارتداء الملابس ، والإفراط في استخدام الصابون وملامسة الجلد للمواد المهيجة.

▪Soothing local applications e.g. calamine lotion.

▪ تهدئة التطبيقات المحلية ، على سبيل المثال غسول كالامين.

▪Oral antihistamines for itching and antibiotics for secondary infection.

▪ مضادات الهيستامين الفموية للحكة والمضادات الحيوية للعدوى الثانوية.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

Definitions of nail changes

Onycholysis:

- Separation of nail plate from the nail bed, occurs in:
  a) Trauma.
  b) Cosmetics.
  c) Psoriasis.
  d) Hypo and hyperthyroidism.
  e) Drugs.
  f) Onychomycosis.

Pitting:

- Shallow depression in the nail plate, occurs in:
  a) Psoriasis.
  b) Alopecia areata.
  c) Eczema.
  d) Trauma.

Paronychia:

- Inflammation of the nail folds, occurs in:
  a) Infections (bacterial, candidial).
  b) Eczema.
  c) Psoriasis.
  d) Systemic lupus erythematosus.

Leukonychia:

- White nails occurs in:
  a) Arsenical poisoning.
  b) Trauma.
  c) Severe stress.
  d) Liver cirrhosis.
  e) Renal and cardiac diseases.
  f) Vitiligo.

Melanonychia:

- Black or dark brown discoloration of the nails, occurs in:
  a) Trauma.
  b) Melanoma.
  c) Post-radiation.
  d) Fungal infection.
  e) Addison's disease .
  f) Vitamin B12 deficiency.
  g) Drugs (gold, cytotoxic).
  h) AIDS.

Splinter hemorrhage:

- Extravasation of blood in the nail bed, occurs in:
  a) Subacute bacterial endocarditis.
  b) Liver cirrhosis.
  c) Scurvy.
  d) trauma.

Nail involvement in skin diseases

Psoriasis:

- Pitting.
- Onycholysis.
- Yellowish discoloration.
- Subungual hyperkeratosis.

Lichen planus:

- Thinning.
- Longitudinal grooving of nail plate.
- Pterygium formation leading to nail dystrophy.

Alopecia areata:

- Pitting: forming transverse rows on the surface of the nail plate.

Pityriasis rubra pilaris: nails are:

- Thickened
- Brittle. or
- Striated.

Nail infections:

- Viral:Molluscum contagiosum, warts.
- Bacterial:
  a) Pseudomonas (green nail plate).
  b) Proteus (brown nail plate).
  c) Bacterial paronychia.
- Fungal infections:
  a) Candidiasis: candidial paronychia.
  b) Dermatophytic: onychomycosis:
     - Punctate leukonychias.
     - Onycholysis.
     - Subungual hyperkeratosis.
     - Melanonychia (T. rubrum).

~ Hair Disorders

- Hair has no vital function in humans, yet its psychological functions are extremely important. Hair is present all over the body except the palms, soles, glans and prepuce.
- ***Types of hair***
  1. Lanugo hair (prenatal). Fine hair, unmedullated, unpigmented usually shed in utero.
  2. Vellus hair (postnatal). Similar to lanugo, seldom exceeds 2 cm in length.
  3. Terminal hair. Long, coarse, medullated and pigmented.

Types of hair

Lanugo hair	Vellus hair	Terminal hair
❖Fine and soft	❖Fine & soft	❖Long & coarse
❖Unmedullated	❖Unmedullated	❖Medullated
❖Usaully unpigmented		❖pigmented:
❖Covering the fetus prenataly.	❖Covering most body of youngs	❖Situated in adults: •Eye brows. •Eye lashes. •Scalp. •Beard. •Axillae. •Pubes

- ***Androgen dependent hair***
  a) Pubic and axillary hair in both sexes.
  b) Facial, trunk and extremities in males only.
  c) The average scalp hair is about 100,000 hair and the average number of hair shed is 25-100/day. Scalp hair growth is about 0.35 mm/day (1 cm/month).

Definitions of nail changes

تعريفات تغيرات الأظافر

Lichen planus:

الحزاز المسطح:

Thinning.

التخفيف.

Longitudinal grooving of nail plate.

الحز الطولي لصفيحة الظفر.

Pterygium formation leading to nail dystrophy.

تشكل الظفرة مما يؤدي إلى ضمور الأظافر.

Onycholysis:

أونيكوليسيس:

▪ Separation of nail plate from the nail bed, occurs in:

▪ انفصال صفيحة الظفر عن فراش الظفر ، يحدث في:

a) Trauma.

أ) الصدمة.

b) Cosmetics.

ب) مستحضرات التجميل.

c) Psoriasis.

ج) الصدفية.

d) Hypo and hyperthyroidism.

د) قصور الغدة الدرقية وفرط نشاط الغدة الدرقية.

e) Drugs.

هـ) المخدرات.

f) Onychomycosis.

و) فطار الأظافر.

Alopecia areata:

داء الثعلبة:

Pitting: forming transverse rows on the surface of the nail plate.

التنقر: تشكيل صفوف عرضية على سطح صفيحة الظفر.

Pityriasis rubra pilaris:nails are: Thickened

النخالية الحمراء الشعيرية: الأظافر: سميكة

 Brittle. or

هش. أو

Striated.

مخططة.

Pitting:

تأليب:

▪ Shallow depression in the nail plate, occurs in:

▪ انخفاض ضحل في صفيحة الظفر ، يحدث في:

a) Psoriasis.

أ) الصدفية.

b) Alopecia areata.

ب) داء الثعلبة.

c) Eczema.

ج) الأكزيما.

d) Trauma.

د) الصدمة.

Nail infections:

التهابات الأظافر:

Viral:Molluscum contagiosum, warts.

الفيروسية: المليساء المعدية ، الثآليل.

Bacterial:

جرثومي:

a)Pseudomonas (green nail plate). b)Proteus (brown nail plate).

أ) Pseudomonas (صفيحة الظفر الخضراء). ب) بروتيوس (صفيحة الظفر البني).

c)Bacterial paronychia.

ج) الداحس الجرثومي.

Fungal infections:

الالتهابات الفطرية:

a) Candidiasis: candidial paronychia. b) Dermatophytic: onychomycosis: Punctate leukonychias.

أ) داء المبيضات: الداحس الفطري. ب) الفطار الجلدي: فطار الأظافر: الكريات البيض غير الحلقية.

Onycholysis.

انحلال الجلد.

Subungual hyperkeratosis.

فرط التقرن تحت اللسان.

Paronychia:

الداحس:

Inflammation of the nail folds, occurs in: a) Infections (bacterial, candidial). b) Eczema.

التهاب ثنايا الظفر ، يحدث في: أ) الالتهابات (البكتيرية ، الفطرية). ب) الأكزيما.

c) Psoriasis.

ج) الصدفية.

Systemic lupus erythematosus. d)

الذئبة الحمامية الجهازية. د)

Leukonychia:

ابيضاض الدم:

White nails occurs in:

تظهر الأظافر البيضاء في:

a) Arsenical poisoning.

أ) التسمم بالزرنيخ.

b) Trauma.

ب) الصدمة.

c) Severe stress.

ج) الإجهاد الشديد.

d) Liver cirrhosis.

د) تليف الكبد.

e) Renal and cardiac diseases.

هـ) أمراض الكلى والقلب.

f) Vitiligo.

و) البهاق.

~Hair Disorders

~ اضطرابات الشعر

Hair has no vital function in humans, yet its psychological functions are extremely important. Hair is present all over the body except the palms, soles, glans and prepuce.

الشعر ليس له وظيفة حيوية عند الإنسان ، ومع ذلك فإن وظائفه النفسية مهمة للغاية.
الشعر موجود في جميع أنحاء الجسم ما عدا الراحتين وباطن الحشفة والقلفة.

Types of hair

أنواع الشعر

1. Lanugo hair (prenatal). Fine hair, unmedullated,

1. شعر لانوجو (قبل الولادة). شعر ناعم غير متجانس

unpigmented usually shed in utero.

عادة ما تسقط غير المصبوغة في الرحم.

2. Vellus hair (postnatal). Similar to lanugo, seldom

2. الشعر الزغابي (بعد الولادة). على غرار lanugo ، نادرًا ما

exceeds 2 cm in length.

يتجاوز طوله 2 سم.

3. Terminal hair. Long, coarse, medullated and

3. الشعر النهائي. طويل ، خشن ، ميدول و

pigmented.

مصطبغة.

Melanonychia:

الميلانيشيا:

Black or dark brown discoloration of the nails, occurs

يحدث تغير في لون الأظافر إلى الأسود أو البني الداكن

b) Melanoma.

ب) الورم الميلاني.

c) Post-radiation.

ج) ما بعد الإشعاع.

d) Fungal infection.

د) عدوى فطرية.

e) Addison’s disease .

هـ) مرض أديسون.

f) Vitamin B12 deficiency.

و) نقص فيتامين ب 12.

g) Drugs (gold, cytotoxic).

ز) الأدوية (الذهب ، السامة للخلايا).

h) AIDS.

ح) الإيدز.

Splinter hemorrhage:

النزف الشظوي:

Androgen dependent hair

الشعر المعتمد على الأندروجين

a)Pubic and axillary hair in both sexes.

أ) شعر العانة والإبط في كلا الجنسين.

b)Facial, trunk and extremities in males only.

ب) الوجه والجذع والأطراف عند الذكور فقط.

c)The average scalp hair is about 100,000 hair and the average number of hair shed is 25-100/day. Scalp hair growth is about 0.35 mm/day (1 cm/month).

ج) يبلغ متوسط شعر فروة الرأس حوالي 100000 شعرة ومتوسط عدد تساقط الشعر 25-100 / يوم. يبلغ نمو شعر فروة الرأس حوالي 0.35 مم / يوم (1 سم / شهر).

Extravasation of blood in the nail bed, occurs in: a) Subacute bacterial endocarditis.

يحدث تسرب للدم في فراش الظفر في: أ) التهاب الشغاف الجرثومي تحت الحاد.

b) Liver cirrhosis.

ب) تليف الكبد.

c) Scurvy.

ج) الاسقربوط.

trauma. d)

صدمة. د)

Nail involvement in skin diseases

تورط الأظافر في أمراض الجلد

Psoriasis:

صدفية:

Pitting.

التنقر.

Yellowish discoloration.

تلون اصفر.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

- The average growth of scalp hair is 1cm/month.
- Androgen stimulate the growth of hair in:
- Beard, mustache, chest, abdomen in males and axillae genital areas in both.
- Scalp hair not required androgen for growth.
- In genetically predisposed individuals androgen has inhibitory effect on growth of scalp hair leading to alopecia.
- Source of androgen:
  a) Testicular (♂).
  b) Ovarian (♀).
  c) Adrenocortical in both.

- ***Hair cycle***

The hair doesn't grow continuously, but each hair follicle has its own cyclic rhythm of growth and resting periods called stages which unsynchronized with other follicles

1. ***Anagen stage:***
   - The active stage.
   - Usaully of (2 – 8) years duration.
2. ***Catagen stage:***
   - transitional stage.
   - Take about 3 weeks.
3. ***Tellogen stage:***
   - The resting stage.
   - take about 3 months

- ***Anagen (Growing Phase)***

The growing phase lasts two to seven years and determines the length of our hair.

- ***Catagen (Transition Phase)***

This is the transitional stage that lasts about ten days – 21 days The hair follicle shrinks and detaches from the dermal papilla.

- ***Telogen (Resting Phase)***

This is the resting phase which lasts around three months. Around 10-15 percent of hairs are in this phase. Whilst the old hair is resting, a new hair begins the growth phase.

- ***Exogen (New Hair Phase)***

This is part of the resting phase where the old hair sheds and a new hair continues to grow. Approximately 50 to 150 hairs can fall out daily, this is considered to be normal hair shedding.
If hairs enter the resting phase too early, excess shedding and noticeable thinning can occur.

Excessive Hair Growth

1. Hypertrichosis:

- Excessive hair growth of non-androgenic pattern.
- Causes:
  1. Malignancies: some malignancies associated with growth of fine lanugo hair over a large area of the body e.g. GIT and bronchus tumor.
  2. Drug induced: e.g.
     a) Hydantoin.
     b) minoxidil.
     c) Streptomycin.
     d) Psoralin (PUVA therapy).
  3. others:
     a) Trauma.
     b) Topical corticosteroids.

2. Hirsutism:

- Excessive male- pattern hair growth in female.
- Causes:
  1. Idiopathic.
  2. Ovarian causes e.g.
     a) Polycystic ovarian syndrome.
     b) Virilizing ovarian tumour.
  3. Adrenal e.g.
     a) Congenital adrenal hyperplasia.
     b) Cushing's syndrome.
     c) Virilizing adrenal tumour.
  4. Hyperprolactinemia.
  5. Drug-induced:
     a) Androgens.
     b) Anabolic drugs.
     c) Systemic corticosteroids.

Alopecias

- Alopecia means loss of hair. It may be cicatricial or non-cicatricial.

A- Cicatricial alopecia

- It results from destruction of hair follicles by scar tissue formed in the scalp. Cicatricial alopecia is a permanent condition and regrowth of hairs is not expected.

1. Congenital

- A scarred area is present at birth due to a developmental defect.

2. Acquired

- Trauma (Mechanical, Thermal , Physical.
- Infection (Pyogenic, Fungal,
- Collagen diseases (DLE)
- Diseases of unknown etiology Pseudopelade.

B- Non-Cicatricial alopecia

1. Congenital

- Congenital atrichia. Due to failure of development of hair follicles.
- Congenital hypotrichia. The hair follicles are poorly developed.

2. Acquired

a) Circumscribed

- Alopecia areata.
- Infections e.g. tinea capitis, secondary syphilis (moth eaten alopecia).
- Traumatic (trichotillomania).

b) Diffuse

- Telogen effluvium (stress induced).
- Androgenetic alopecia.
- Drugs (thyroid antagonists, anticoagulants, arsenic, thallium salts).
- Nutritional and metabolic disorders (deficiency of iron, zinc or protein).
- Severe chronic illness (malignancy, liver disease, kidney disease).

Alopecia areata

It is a common asymptomatic disease characterized by rapid (sudden) onset of hair loss in a sharply defined area.

Etiology

The etiology is unknown, but many factors appear to have a role:

The average growth of scalp hair is 1cm/month.

متوسط نمو شعر فروة الرأس 1 سم / شهر.

Androgen stimulate the growth of hair in:

يحفز الأندروجين نمو الشعر في:

Beard, mustache, chest, abdomen in males and axillae genital areas in both.

اللحية والشارب والصدر والبطن في مناطق الأعضاء التناسلية للذكور والإبط في كليهما.

Scalp hair not required androgen for growth.

لا يحتاج شعر فروة الرأس إلى الأندروجين للنمو.

In genetically predisposed individuals androgen has inhibitory effect on growth of scalp hair leading to alopecia.

لدى الأفراد المهيئين وراثياً للأندروجين تأثير مثبط لنمو شعر فروة الرأس مما يؤدي إلى تساقط الشعر.

Source of androgen:

مصدر الاندروجين:

a)Testicular (♂).

أ) الخصية (♂).

b)Ovarian (♀).

ب) المبيض (♀).

c)Adrenocortical in both.

ج) قشر الكظر في كليهما.

Hair cycle

دورة الشعر

The hair doesn't grow continuously, but each hair follicle has its own cyclic rhythm of growth and resting periods called stages which unsynchronized with other follicles

لا ينمو الشعر بشكل مستمر ، ولكن كل بصيلة شعر لها إيقاعها الدوري للنمو وفترات الراحة التي تسمى المراحل التي لا تتزامن مع بصيلات أخرى

1.Anagen stage:

1- مرحلة الأناجين:

o The active stage.

o المرحلة النشطة.

o Usaully of (2 – 8) years duration. 2.Catagen stage:

o الولايات المتحدة لمدة (2 - 8) سنوات. 2- مرحلة الكاتاجين:

o transitional stage.

o المرحلة الانتقالية.

o Take about 3 weeks.

o يستغرق حوالي 3 أسابيع.

3.Tellogen stage:

3-مرحلة التيلوجين:

o The resting stage.

o مرحلة الراحة.

o take about 3 months

س يستغرق حوالي 3 أشهر

2.Hirsutism:

2- الشعرانية:

 Excessive male- pattern hair growth in female.

زيادة نمو الشعر الذكوري عند الإناث.

Causes:

الأسباب:

1. Idiopathic.

1. مجهول السبب.

2. Ovarian causes e.g.

2. أسباب المبيض على سبيل المثال

a)Polycystic ovarian syndrome.

أ) متلازمة تكيس المبايض.

b)Virilizing ovarian tumour.

ب) ورم في المبيض.

3. Adrenal e.g.

3. الغدة الكظرية على سبيل المثال

a)Congenital adrenal hyperplasia.

أ) تضخم الغدة الكظرية الخلقي.

b)Cushing's syndrome.

ب) متلازمة كوشينغ.

c)Virilizing adrenal tumour.

ج) ورم الغدة الكظرية.

4. Hyperprolactinemia.

4. فرط بروﻻكتين الدم.

5. Drug-induced:

5. المخدرات:

a)Androgens.

أ) الأندروجينات.

b)Anabolic drugs.

ب) العقاقير المنشطة.

c)Systemic corticosteroids.

ج) الكورتيكوستيرويدات الجهازية.

Alopecias

داء الثعلبة

Alopecia means loss of hair. It may be cicatricial or non-cicatricial.

الثعلبة تعني تساقط الشعر. قد يكون كاتبيًا أو غير كاتبي.

A-Cicatricial alopecia

الثعلبة الندبية

It results from destruction of hair follicles by scar tissue formed in the scalp.
Cicatricial alopecia is a permanent condition and regrowth of hairs is not expected.

ينتج عن تدمير بصيلات الشعر عن طريق النسيج الندبي المتكون في فروة الرأس. الثعلبة الندبية هي حالة دائمة ولا يُتوقع إعادة نمو الشعر.

1.Congenital

1. الخلقية

Anagen (Growing Phase)

الأناجين (مرحلة النمو)

The growing phase lasts two to seven years and determines

تستمر مرحلة النمو من سنتين إلى سبع سنوات وتحدد

the length of our hair.

طول شعرنا.

A scarred area is present at birth due to a developmental defect.

توجد منطقة متندبة عند الولادة بسبب عيب في النمو.

2.Acquired

2. المكتسبة

Trauma (Mechanical, Thermal , Physical.

الصدمات (ميكانيكية ، حرارية ، فيزيائية.

Catagen (Transition Phase)

Catagen (المرحلة الانتقالية)

This is the transitional stage that lasts about ten days – 21 days The hair follicle shrinks and detaches from the dermal papilla.

هذه هي المرحلة الانتقالية التي تستمر حوالي عشرة أيام - 21 يومًا تتقلص بصيلات الشعر وتنفصل عن الحليمة الجلدية.

Infection (Pyogenic, Fungal,

عدوى (قيحية ، فطرية ،

Collagen diseases (DLE)

أمراض الكولاجين (DLE)

Diseases of unknown etiology Pseudopelade.

أمراض مجهولة المسببات Pseudopelade.

B-Non-Cicatricial alopecia

الثعلبة غير الندبية

Telogen (Resting Phase)

Telogen (مرحلة الراحة)

This is the resting phase which lasts around three months. Around 10-15 percent of hairs are in this phase. Whilst the old hair is resting, a new hair begins the growth phase.

هذه هي مرحلة الراحة التي تستمر حوالي ثلاثة أشهر. حوالي 10-15 بالمائة من الشعر في هذه المرحلة. بينما يستريح الشعر القديم ، يبدأ الشعر الجديد في مرحلة النمو.

Congenital atrichia. Due to failure of development of hair follicles.

أتريشيا خلقيّة. بسبب فشل نمو بصيلات الشعر.

Congenital hypotrichia. The hair follicles are poorly developed.

نقص الشعر الخلقي. تكون بصيلات الشعر ضعيفة النمو.

Exogen (New Hair Phase)

إكسوجين (مرحلة شعر جديدة)

This is part of the resting phase where the old hair sheds and a new hair continues to grow. Approximately 50 to 150 hairs can fall out daily, this is considered to be normal hair shedding. If hairs enter the resting phase too early, excess shedding and noticeable thinning can occur.

هذا جزء من مرحلة الراحة حيث يتساقط الشعر القديم ويستمر الشعر الجديد في النمو. يمكن أن يتساقط ما يقرب من 50 إلى 150 شعرة يوميًا ، وهذا يعتبر تساقطًا طبيعيًا للشعر. إذا دخل الشعر في مرحلة الراحة مبكرًا جدًا ، يمكن أن يحدث تساقط زائد وخفة ملحوظة.

2.Acquired

2. المكتسبة

a)Circumscribed

أ) مقيدة

Alopecia areata.

داء الثعلبة.

Infections e.g. tinea capitis, secondary syphilis (moth eaten alopecia).

العدوى مثل سعفة الرأس ، الزهري الثانوي (ثعلبة تؤكل العثة).

Traumatic (trichotillomania).

- هوس نتف الشعر.

Excessive Hair Growth

نمو الشعر المفرط

1.Hypertrichosis:

1- فرط الشعر:

Excessive hair growth of non-androgenic pattern.

نمو الشعر المفرط بنمط غير منشط الذكورة.

Causes:

الأسباب:

1. Malignancies: some malignancies associated with growth of fine lanugo hair over a large area of the body e.g. GIT and bronchus tumor.

1. الأورام الخبيثة: بعض الأورام الخبيثة المرتبطة بنمو الشعر الزغب الناعم على مساحة كبيرة من الجسم على سبيل المثال. ورم الجهاز الهضمي والشعب الهوائية.

2. Drug induced: e.g.

2. المخدرات المستحثة: على سبيل المثال

a)Hydantoin.

أ) Hydantoin.

b)minoxidil.

ب) المينوكسيديل.

c)Streptomycin.

ج) الستربتومايسين.

d)Psoralin (PUVA therapy).

د) Psoralin (علاج PUVA).

3. others:

3. الآخرين:

a)Trauma.

أ) الصدمة.

b)Topical corticosteroids.

ب) الكورتيكوستيرويدات الموضعية.

b)Diffuse

ب) منتشر

Telogen effluvium (stress induced).

Telogen effluvium (الإجهاد الناجم عن الإجهاد).

Androgenetic alopecia.

الصلع الوراثي.

Drugs (thyroid antagonists, anticoagulants, arsenic, thallium salts).

الأدوية (مضادات الغدة الدرقية ، مضادات التخثر ، الزرنيخ ، أملاح الثاليوم).

Nutritional and metabolic disorders (deficiency of iron, zinc or protein).

- اضطرابات التغذية والتمثيل الغذائي (نقص الحديد والزنك والبروتين).

Severe chronic illness (malignancy, liver disease, kidney disease).

أمراض مزمنة شديدة (أورام خبيثة ، أمراض الكبد ، أمراض الكلى).

Alopecia areata

داء الثعلبة

It is a common asymptomatic disease characterized by rapid (sudden) onset of hair loss in a sharply defined area.

إنه مرض شائع بدون أعراض يتميز ببداية سريعة (مفاجئة) لتساقط الشعر في منطقة محددة بشكل حاد.

Etiology

المسببات

The etiology is unknown, but many factors appear to have a role:

المسببات غير معروفة ، ولكن يبدو أن العديد من العوامل لها دور:

تضمين التغريدة

- **Genetic factors.** Positive family history in about 20%.
- **Immunological factors.** supported by the association with other autoimmune diseases.
- **Emotional stress.** May be a precipitating factor.

Clinical picture

- Alopecia areata occurs mostly in patients below 40 years age, and both sexes are equally affected. It is characterized by rapid and complete loss of hair in one or more circumscribed, round or oval patches, usually on the scalp (60%), bearded area, eyebrows, eyelashes, and less commonly, on other hairy areas of the body. Exclamation mark hairs "thin proximally and thick distally and can be easily pulled-out" may be present around the patch indicating progression of the disease.
- The course of the disease is unpredictable. There is a tendency to complete regrowth (4-6 months up to 2 years) but some cases never recover.

Clinical types

- Alopecia localisata. Described before.
- Alopecia totalis. Means total loss of scalp hair
- Alopecia universalis. Means loss of all body hair.

Treatment

Psychological assurance is needed.

1- Topical treatment

a- Topical steroids.
b- Local irritants e.g. dithranol, phenol.
c- Minoxidil 5% "Regaine".
d- Topical immunotherapy e.g. dinitrochlorobenzene (DNCB).
e- Topical cyclosporine.

2- Intracutaneous injection of steroids

3- Systemic treatment

a. Systemic steroids, can lead to hair growth but hair may be lost when the treatment is stopped.
b. Systemic cyclosporine.
c. Photochemotherapy (PUVA).

Telogen effluvium

Following stress conditions many anagen hair follicles enter prematurely into telogen with excessive loss of normal hairs.

Causes

- Labour
- Acute blood loss and surgical operations
- High fever
- Emotional stress
- Crash diet (inadequate protein diet).

Clinical picture

Diffuse shedding of hair occurs 1.5 to 4 months after exposure to stressful event. All the shed hairs are in the telogen phase. Usually no more than 50% of the hairs are affected. The prognosis is good as complete regrowth of hairs occur in about 6 months.

~ Pigmentary Disorders

- Skin color is due to mixture of pigments; melanin, haemoglobin and carotene
- Excess of melanin is called hypermelanosis (hyperpigmentation) as melasma, while deficient or decrease of melanin is called hypomelanosis (hypopigmentation) as vitiligo.
- Hyperpigmentation: due to melanin or non melanin pigment in the skin.

Etiology:

1- genetic; freckles
2- endocrine; melasma, Addison disease
3- nutritunal; carotenemia, Pellagra
4- postinflammatory; post acne, post LP.
5- drugs: minocycline, psoralens
6- ultraviolet radiation.

❖ Hypomelanosis (leukoderma)

reduction in melanin or absence

Etiology

1- vitiligo and albinism
2- chemical; phenol and drugs; hydroquinone.
3- post inflammatory; post burn, pit versicolor, psoraisis, pit alpa,
4- hypo and hyperthyroidism

❖ Vitiligo

It is an acquired loss of pigment of the skin. Vitiligo usually begins in childhood and affects both sexes. It occurs in about 1 % of the world's population.

Etiology

The etiology is still unknown.

1- autoimmune theory: devielop autoantibodies against melanocytes which cause destruction of melanocytes. This theory is proved by the association of vitiligo with autoimmune diseases (thyroid dis. , Alop. Areata, Pernicious aneamia, addison dis. , Diabetes mellatus)

2- neurogenic theory: melanocytotoxic substances released from nerve endings cause inhibition of melanocytes.

3-melanocytes self destruction : due to a defect of natural protective mechanism.

Clinical picture

The disease is manifested by depigmented white patches surrounded by a normal or a hyperpigmented border. The hairs in the vitiliginous areas usually become white also. The lesions are found particularly in areas that are normally hyperpigmented. Vitiligo may involve the entire body surface.

Clinical classification

1- localized: focal, segmental

2- generalized: vitiligo vulgaris, acrofacial, vitiligo universalis.

- **Focal vitiligo** is usually a solitary macule or a few scattered macules in 1 area, most commonly in the distribution of the trigeminal nerve.
- **Segmental vitiligo:** presents as unilateral macules in a dermatomal distribution. This type tends to have an early age of onset.
- **Acrofacial vitiligo** presents as depigmentation of the distal fingers and periorificial areas.

▪Genetic factors. Positive family history in about 20%.

▪عوامل وراثية. تاريخ عائلي إيجابي في حوالي 20٪.

▪Immunological factors. supported by the association with other autoimmune diseases.

▪ العوامل المناعية. بدعم من الارتباط بأمراض المناعة الذاتية الأخرى.

▪Emotional stress. May be a precipitating factor.

▪ضغط عاطفي. قد يكون عاملا معجل.

Clinical picture

الصورة السريرية

▪Alopecia areata occurs mostly in patients below 40 years age, and both sexes are equally affected. It is characterized by rapid and complete loss of hair in one or more circumscribed, round or oval patches, usually on the scalp (60%), bearded area, eyebrows, eyelashes, and less commonly, on other hairy areas of the body. Exclamation mark hairs “thin proximally and thick distally and can be easily pulled-out” may be present around the patch indicating progression of the disease.

▪ يحدث داء الثعلبة في الغالب في المرضى الذين تقل أعمارهم عن 40 سنة ، ويتأثر كلا الجنسين بالتساوي. يتميز بفقدان الشعر بشكل سريع وكامل في بقعة أو أكثر من البقع المحصورة أو الدائرية أو البيضاوية ، وعادة ما تكون على فروة الرأس (60٪) ، ومنطقة اللحية ، والحواجب ، والرموش ، وبشكل أقل شيوعًا ، في مناطق الشعر الأخرى من الجسم. قد تكون شعيرات علامة التعجب "رفيعة قريبة وسميكة بعيدة ويمكن اقتلاعها بسهولة" موجودة حول الرقعة مما يشير إلى تطور المرض.

▪The course of the disease is unpredictable. There is a tendency to complete regrowth (4-6 months up to 2 years) but some cases never recover.

▪ مسار المرض لا يمكن التنبؤ به. هناك ميل لاستكمال إعادة النمو (4-6 أشهر حتى سنتين) ولكن بعض الحالات لا تتعافى أبدًا.

~Pigmentary Disorders▪Skin color is due to mixture of pigments; melanin, haemoglobin and carotene

~ الاضطرابات الصبغية ▪ لون الجلد ناتج عن خليط من الصبغات. الميلانين والهيموجلوبين والكاروتين

▪Excess of melanin is called hypermelanosis (hyperpigmentation) as melasma, while deficient or decrease of melanin is called hypomelanosis (hypopigmentation) as vitiligo.

▪ يسمى زيادة الميلانين بفرط التصبغ (فرط تصبغ) كلف ، في حين أن نقص أو نقص الميلانين يسمى نقص الصباغ (نقص التصبغ) بالبهاق.

▪Hyperpigmentation: due to melanin or non melanin pigment in the skin.

▪ فرط التصبغ: بسبب صبغة الميلانين أو غير الميلانين في الجلد.

Etiology:

المسببات:

1-genetic; freckles

1-وراثي النمش

2-endocrine; melasma, Addison disease 3-nutritunal; carotenemia, Pellagra

2-الغدد الصماء. الكلف ، مرض أديسون 3-التغذية. كاروتينيميا ، البلاجرا

4-postinflammatory; post acne, post LP.

4-التهابات. بعد حب الشباب ، بعد LP.

5-drugs: minocycline, psoralens

5- الأدوية: مينوسكلين ، سورالين

6-ultraviolet radiation.

6- الأشعة فوق البنفسجية.

Clinical types

الأنواع السريرية

▪Alopecia localisata. Described before.

▪ الثعلبة الموضعية. وصف من قبل.

▪Alopecia totalis. Means total loss of scalp hair ▪Alopecia universalis. Means loss of all body hair.

▪ الثعلبة الكلية. يعني الفقد الكلي لشعر فروة الرأس ▪ الثعلبة الشاملة. يعني تساقط شعر الجسم بالكامل.

Treatment

علاج

Psychological assurance is needed.

هناك حاجة إلى التأكيد النفسي.

1- Topical treatment

1- العلاج الموضعي

a-Topical steroids.

المنشطات الموضعية.

b-Local irritants e.g. dithranol, phenol.

ب- المهيجات الموضعية مثل: ديثرانول ، الفينول.

c-Minoxidil 5% “Regaine”.

ج- مينوكسيديل 5٪ "ريجين".

d-Topical immunotherapy e.g. dinitrochlorobenzene (DNCB).

د- العلاج المناعي الموضعي مثل: ثنائي نيتروكلوروبنزين (DNCB).

e-Topical cyclosporine.

السيكلوسبورين الموضعي.

2- Intracutaneous injection of steroids

2- حقن المنشطات داخل الجلد

3- Systemic treatment

3- العلاج الجهازي

a. Systemic steroids, can lead to hair growth but hair may be lost when the treatment is stopped.

أ. يمكن أن تؤدي الستيرويدات الجهازية إلى نمو الشعر ولكن قد يتساقط الشعر عند توقف العلاج.

b. Systemic cyclosporine.

ب. السيكلوسبورين الجهازي.

Photochemotherapy (PUVA). c.

العلاج الضوئي (PUVA). ج.

Telogen effluvium

تساقط الشعر الكربي

Following stress conditions many anagen hair follicles enter prematurely into telogen with excessive loss of normal hairs.

بعد ظروف الإجهاد ، تدخل العديد من بصيلات شعر anagen قبل الأوان في التيلوجين مع فقدان مفرط للشعر الطبيعي.

Causes

الأسباب

▪Labour

▪تَعَب

▪Acute blood loss and surgical operations ▪High fever

▪ فقدان الدم الحاد والعمليات الجراحية. ▪ ارتفاع درجة الحرارة

▪Emotional stress

▪ضغط عاطفي

▪Crash diet (inadequate protein diet).

▪ نظام غذائي متهور (نظام غذائي غير كافٍ بالبروتين).

Clinical picture

الصورة السريرية

Diffuse shedding of hair occurs 1.5 to 4 months after exposure to stressful event. All the shed hairs are in the telogen phase. Usually no more than 50% of the hairs are affected. The prognosis is good as complete regrowth of hairs occur in about 6 months.

يحدث تساقط الشعر المنتشر بعد 1.5 إلى 4 أشهر من التعرض لحدث مرهق. كل الشعر المتساقط في طور التيلوجين. عادة لا يتأثر أكثر من 50٪ من الشعر. إن التشخيص جيد حيث تحدث إعادة نمو الشعر بالكامل في حوالي 6 أشهر.

Hypomelanosis (leukoderma) reduction in melanin or absence

نقص الميلانين (ابيضاض الجلد) انخفاض في الميلانين أو غيابه

Etiology

المسببات

1- vitiligo and albinism

1- البهاق والمهق

2- chemical; phenol and drugs; hydroquinone.

2- مادة كيميائية الفينول والأدوية. هيدروكينون.

post inflammatory; post burn, pit versicolor, psoraisis, pit 3-

التهابات بعد الحرق ، المبرقشة ، الصدفية ، الحفرة 3

alpa,

ألبا

4- hypo and hyperthyroidism

4- قصور الغدة الدرقية وفرط نشاط الغدة الدرقية

Vitiligo

البهاق

It is an acquired loss of pigment of the skin. Vitiligo usually begins in childhood and affects both sexes. It occurs in about 1 % of the world's population.

إنه فقدان مكتسب لصبغة الجلد. يبدأ البهاق عادة في الطفولة ويصيب كلا الجنسين. يصيب حوالي 1٪ من سكان العالم.

The etiology is still unknown.

المسببات لا تزال غير معروفة.

1- autoimmune theory: devielop autoantibodies against

1- نظرية المناعة الذاتية: مضاد الأجسام المضادة الذاتية

melanocytes which cause destruction of melanocytes. This theory is proved by the association of vitiligo with autoimmune diseases (thyroid dis. , Alop. Areata, Pernicious aneamia, addison dis. , Diabetes mellatus)

الخلايا الصباغية التي تسبب تدمير الخلايا الصباغية. تم إثبات هذه النظرية من خلال ارتباط البهاق بأمراض المناعة الذاتية (مرض الغدة الدرقية ، Alop. Areata ، فقر الدم الخبيث ، مرض أديسون ، مرض السكري)

2- neurogenic theory: melanocytotoxic substances released from nerve endings cause inhibition of melanocytes.

2- النظرية العصبية: المواد السامة للخلايا المنبعثة من النهايات العصبية تسبب تثبيط الخلايا الصباغية.

3-melanocytes self destruction : due to a defect of natural protective mechanism.

3- التدمير الذاتي للخلايا الصباغية: نتيجة خلل في آلية الحماية الطبيعية.

The disease is manifested by depigmented white patches surrounded by a normal or a hyperpigmented border. The hairs in the

يتجلى المرض من خلال بقع بيضاء ناقصة الصباغ محاطة بحدود طبيعية أو مفرطة التصبغ. الشعر في

vitiliginous areas usually become white also. The lesions are found particularly in areas that are normally hyperpigmented. Vitiligo may involve the entire body surface.

عادة ما تصبح المناطق البهاق بيضاء أيضًا. تم العثور على الآفات بشكل خاص في المناطق التي عادة ما تكون مفرطة التصبغ. قد يشمل البهاق سطح الجسم بالكامل.

Clinical classification

التصنيف السريري

1- localized: focal, segmental

1- المترجمة: البؤرية ، القطعية

2- generalized: vitiligo vulgaris, acrofacial, vitiligouniversalis.

2- معمم: البهاق الشائع ، الوجه ، البهاق الشامل.

Focal vitiligo is usually a solitary macule or a few scattered macules in 1 area, most commonly in the distribution of the trigeminal nerve.

عادة ما يكون البهاق البؤري لطاخة انفرادية أو بضع لطاخات متناثرة في منطقة واحدة ، والأكثر شيوعًا في توزيع العصب ثلاثي التوائم.

Segmental vitiligo: presents as unilateral macules in a dermatomal

البهاق المقطعي: يظهر على شكل لطاخات أحادية الجانب في الجلد

distribution. This type tends to have an early age of onset.

توزيع. يميل هذا النوع إلى الظهور في سن مبكرة.

Acrofacial vitiligo presents as depigmentation of the distal fingers

يظهر البهاق الحشوي على شكل تصبغ في الأصابع البعيدة

and periorificial areas.

والمناطق المحيطة بها.

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة

- **Generalized vitiligo** is also termed vitiligo vulgaris. This is the most common pattern. Depigmented patches are widely and usually symmetrically distributed.
- **Universal vitiligo** presents as depigmented macules and patches over most of the body

Diff Diagnosis:

pit alpa , Pit versicolor, Postinfflamatory hypopigmentation

Treatment:

The treatment of vitiligo is generally unsatisfactory.

- **phototherapy:**
  - PUVA: oral or topical Psoralen followed by exposure to Ultra Violet light type A
  - Narrow Band UVB (NBUVB) and excimer light
- **Medical treatment:**
  - Steroids; topical and systemic,
  - Immunomodulators (tacrolimus and pimecrolimus ointment
  - Antioxidants.
- **Surgical treatment:**
  - Punch grafting from normal to diseased site.
  - Tissue culture of melanocytes.
- **Depigmentation:**
  - Monobenzyl ether of hydroquinone in pts with generalized vitiligo that involves more than 60% of the body surface
- **Camouflage:**
  - Skin-colored materials to hide affected areas.

THANK YOU

Generalized vitiligo is also termed vitiligo vulgaris. This is the most common pattern. Depigmented patches are widely and usually symmetrically distributed.

يُطلق على البهاق المعمم أيضًا البهاق الشائع. هذا هو النمط الأكثر شيوعًا. البقع ناقصة الصباغ منتشرة على نطاق واسع وعادة ما تكون موزعة بشكل متماثل.

Universal vitiligo presents as depigmented macules and patches over most of the body

يظهر البهاق العالمي على شكل لطاخات وبقع ناقصة الصباغ على معظم أجزاء الجسم

Diff Diagnosis:

تشخيص الاختلاف:

pit alpa , Pit versicolor, Postinfflamatory hypopigmentation Treatment:

حفرة ألبا ، حفرة المبرقشة ، علاج نقص التصبغ التالي للالتهاب:

The treatment of vitiligo is generally unsatisfactory.

علاج البهاق بشكل عام غير مرض.

phototherapy:

العلاج بالضوء:

PUVA: oral or topical Psoralen followed by exposure to Ultra Violet light type A

PUVA : السورالين الفموي أو الموضعي متبوعًا بالتعرض للأشعة فوق البنفسجية من النوع أ

Narrow Band UVB (NBUVB) and excimer light

Night Band UVB (NBUVB) وضوء الإكسيمر

Medical treatment:

العلاج الطبي:

Steroids; topical and systemic,

المنشطات. موضعي وجهازي ،

Immunomodulators (tacrolimus and pimecrolimus ointment

مثبطات المناعة (مرهم تاكروليموس وبيميكروليموس

Antioxidants.

مضادات الأكسدة.

Surgical treatment:

العلاج الجراحي:

Punch grafting from normal to diseased site.

لكمة التطعيم من موقع عادي إلى مريض.

Tissue culture of melanocytes.

زراعة الأنسجة من الخلايا الصباغية.

Depigmentation:

تصبغ:

Monobenzyl ether of hydroquinone in pts with generalized vitiligo that involves more than 60% of the body surface

أثير أحادي البنزيل من الهيدروكينون في نقاط مع البهاق المعمم الذي يشمل أكثر من 60٪ من سطح الجسم

Camouflage:

التمويه:

 Skin-colored materials to hide affected areas.

مواد بلون الجلد لإخفاء المناطق المصابة.

Thank you

شكرًا لك

@MinorScientificGroupC

تضمين التغريدة